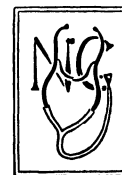


huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET
NEDERLANDS HUISARTSEN
GENOOTSCHAP



*Enige socio-psychisch hygiënische aspecten van geboorteregeling**

DOOR DR. C. J. B. J. TRIMBOS TE UTRECHT

De dagen zijn voorgoed voorbij dat de praktiserende arts het zich in het algemeen kon veroorloven geboorteregeling, anticonceptie of gezins-„planning” buiten zijn gezichtskring te houden.

De huisarts besteedt tegenwoordig zelfs veel aandacht aan geboorteregeling. In de uitnodigingsfolder voor deze cursus staat: „Onder hen die zich in snel toenemende mate tegenover deze uitgebreide geboorteregelingsproblematiek gesteld zien, nemen de huisartsen de belangrijkste plaats in”. Met alle respect voor de belangrijke plaats welke de huisartsen op dit terrein de laatste jaren inderdaad bezig zijn te veroveren, is dit naar mijn mening toch een te ongenueanceerde uitspraak die zeker niet opgaat voor het verleden, nog niet opgaat voor het heden en die evenmin zal opgaan voor de toekomst: in de eerste plaats omdat de huisarts van morgen niet meer de solitaire figuur zal zijn die hij vroeger was en die hij nu veelal nog is — hij zal tezamen met anderen het front voor de gezondheidszorg bezetten, ook op het gebied van de geboorteregeling — en in de tweede plaats omdat er binnen afzienbare tijd anticonceptionele methoden en middelen zullen bestaan die in normale gevallen medische hulp overbodig maken.

Het normale geslachtsleven van de mens is eigenlijk geen gebied voor medische interventie, het zou zulks althans niet behoren te zijn. Het ligt daarom in mijn bedoeling een en ander uiteen te zetten betreffende een ander actieveld, namelijk de psychische hygiëne. Op dit terrein zijn weliswaar weinig huisartsen actief werkzaam, maar in een cursus als deze is het toch van belang er enige

aandacht aan te besteden, aangezien psychische hygiëne ook voor geboorteregeling van belang is.

Zoals een biologische, demografische of psychologische benadering van de geboorteregeling telkens tot het formuleren van een eigen doelstelling voert, zo kent ook de psychische hygiëne een doel- of ideaalstelling met betrekking tot de geboorteregeling. Deze ideaalstelling beoogt dat zo min mogelijk ongewenste zwangerschappen voorkomen en dat geslachtsverkeer slechts dan tot voortplanting voert indien daarvoor bewuste motieven bestaan. De geestelijke gezondheid zowel van de verwekkers als van de verwekte kinderen loopt risico's bij een ongewenste bevruchting en zeker bij een ongewenste zwangerschap en geboorte. Populair geformuleerd leidt deze doelstelling tot de slogan: „Ieder kind een gewenst kind”. Deze instelling vraagt van de verwekkers een opgeven van de traditionele passief-fatalistische houding ten aanzien van de gevolgen van hun geslachtsverkeer, ten gunste van een actief ingrijpende instelling, met andere woorden ten gunste van bewuste „planning”.

Nu is er uiteraard een aanzienlijke mate van correlatie tussen het „gepland” zijn van een kind en de gewenstheid van een kind, al zijn beide niet identiek. Vele niet-„geplande” kinderen blijken gelukkig uiteindelijk toch gewenst. *Guttmacher* vermeldt een onderzoek waaruit blijkt dat 36 procent van de kinderen die in de Verenigde Staten van Amerika worden geboren niet is „gepland”. Er is reden om aan te nemen dat dit percentage in ons land nog hoger ligt. Op zichzelf is zulks niet zo verontrustend indien wij bedenken dat ook in de lange reeks van onze voorvaders van „planning” nauwelijks kon worden gesproken. Meer verontrust-

* Voordracht, gehouden op de Boerhaavecursus Huisarts en geboorteregeling, mei 1967.

tend echter is het niet-gewenst zijn van een kind. Dit kan niet alleen tot abortus provocatus voeren maar, zoals vele ervaringen leren, ongunstige gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid van het opgroeiende kind. Doch ook hier kan van een absoluut gevaar geen sprake zijn omdat de verwekkers zich alsnog tot goede, positief ingestelde ouders kunnen ontwikkelen bijvoorbeeld door betere levensomstandigheden, een rijpere persoonlijkheid, groeiende genegenheid of omdat het kind door adoptie positief ingestelde ouders kan krijgen.

Hier komt men trouwens op een gebied waar vooralsnog meer vragen dan antwoorden bestaan. Sommige van die vragen zijn:

Verbeterd een lage gezinsvruchtbaarheid in het algemeen de kwaliteit van het gezinsleven en de opvoeding?

Verhoogt de aanpassing van het kinderaantal (meestal dus beperking) aan het gezinsinkomen de onafhankelijkheid en het zelfrespect van de kinderen?

Verlaten vaders gemakkelijker hun gezin als dit te groot wordt?

Geven moeders meer zorg en betere moederlijkheid aan weinig dan aan veel kinderen?

Hebben kinderen uit kleine gezinnen een betere schoolprognose, betere opleiding, betere banen? Geeft het wegnemen van zwangerschapsangst meer seksuele vreugde? (*Corkey*).

Deze vragen lijken — afgaande op onze dagelijkse ervaring — in generaliserende zin positief te kunnen worden beantwoord. Wetenschappelijk bewezen is zulks echter allerm minst en de gestelde vragen lijken — gezien het grote aantal oncontroleerbare interveniërende variabelen — ook nauwelijks voor wetenschappelijk onderzoek toegankelijk. Desondanks blijven er argumenten te over om de eerder genoemde psychisch-hygiënische doelstelling ten aanzien van geboorteregeling te handhaven, namelijk de bestrijding van ongewenste zwangerschappen in het algemeen en van de gezinsoverbevolking in het bijzonder. En wat meer is: deze doelstelling noopt tot een geboorteregelingsbeleid en tot een actie program.

De boven geformuleerde doelstelling zal thans weinig weerstanden meer ontmoeten. Meer weerstanden ondervindt echter een andere, eveneens op de volksgezondheid en vooral ook op de geestelijke volksgezondheid betrekking hebbende geboorteregelingspolitiek, die is gebaseerd op een bevolkingsbeleid en gericht op het voorkómen van overbevolking in haar drievoudige zin: ruimtelijk, economisch en psycho-sociaal. Zonder hier op dit complexe probleem van het bevolkingsvraagstuk in te gaan, kan als persoonlijke opvatting worden gesteld dat op niet te lange termijn geboorteregeling en gezins„planning” niet alleen meer zullen kunnen worden gemotiveerd op voorkóming van ongewenste zwangerschappen en gezinsoverbevolking maar evenzeer op voorkoming van overbevolking in het algemeen. Vanuit volksgezondheidsoverwegingen wordt hier dan een malthusiaans of neo-malthusi-

aans motief voor geboorteregeling gehanteerd. Naar mijn mening zal naast het individuele en gezinswelzijn, in toenemende mate ook het algemene welzijn moeten worden betrokken in de psychisch-hygiënische doelstellingen der geboorteregeling. Zonder algemeen welzijn is trouwens individueel welzijn ondenkbaar.

A. Voorwaarden. Om de doelstelling: „Ieder kind een gewenst kind” te realiseren dient aan drie voorwaarden te worden voldaan. Deze luiden: men dient over adequate anticonceptionele methodes en middelen te kunnen beschikken, die gemakkelijk toepasbaar en verkrijgbaar zijn; er dient kwantitatief voldoende deskundige hulp te zijn: artsen, consultatiebureaus, kader en wat dies meer zij; men moet de middelen willen toepassen en de deskundige hulp willen inroepen, met andere woorden er is een gunstig socio-cultureel klimaat nodig en er is een positieve attitude ten opzichte van een anticonceptioneel seksueel gedrag gewenst.

B. Actieprogram. Op grond van de drie genoemde voorwaarden kan men een actieprogram ter realisering van de doelstelling opstellen. In feite is hiervan reeds het nodige te bespeuren.

Het vervaardigen van goede middelen eist wetenschappelijk werk dus research (*Pincus*: „pil”, *Ogino Knaus*: periodieke onthouding). Niet alleen vruchtbaarheidsonderzoek maar ook psychologisch en sociologisch onderzoek is nodig. In Nederland is op deze terreinen nog nauwelijks iets gebeurd. Wel bestaan er uitvoerige studies over Engelse en Amerikaanse gemeenschappen en een nog groter aantal studies over bevolkingsgroepen in bijvoorbeeld Pakistan, India, Ceylon, Japan, Puerto Rico en Zuid-Amerika.

De directe voorlichting, zorg en deskundige hulpverlening aan echtgenoten en seksuele partners is het domein van de arts en van de consultatiebureaus. Een dergelijke actie kan men, naar analogie van al het directe medische handelen betitelen als een vorm van interpersoonlijke actie, een term ontleend aan *Caplan*. De huidige cursus is vrijwel uitsluitend op verbetering van deze actie gericht.

De bevordering van een voor geboorteregeling gunstig sociaal-cultureel klimaat (een sociologische categorie) en van positieve attitudes (een sociaal-psychologische categorie) kan slechts door een collectieve benadering van een gemeenschap of van een bevolkingsgroep tot stand komen en zeker niet alleen door de hierboven genoemde individuele hulp.

Deze indirecte, minder persoonlijke, maar meer op groepen en structuren gerichte actie vormen zijn onmisbaar voor een program ter bevordering van een optimaal geboortecijfer. Zij zijn even onmisbaar als bijvoorbeeld wetgeving en gezondheidsvoorlichting zijn voor het behoud der volksgezondheid. Deze vorm van actie betitelen wij met een sociologische term: sociale actie. Sociale actie is in

ieder psychisch-hygiënisch program de onmisbare pendant van interpersoonlijke actie; zulks geldt dus ook voor een geboorteregelsprogramma. Deze sociale actie kan een meer directe zijn — dus gericht op een rechtstreekse bevordering van de psychisch-hygiënische doelstelling — zoals een positieve wetgeving, kadertraining, specifieke voorlichting, geboorteregelsbevorderend politiek beleid, gerichte opvoeding, massacommunicatie, attitudebeïnvloeding en wat dies meer zij. Zij kan ook activiteiten omvatten die meer indirect bevorderend zijn voor de psychisch-hygiënische doelstelling, bijvoorbeeld woningbouw, onderwijs, arbeidsregeling, vrije tijdsordening, fiscale politiek, kinderslagregeling, bevordering van de emancipatie van de vrouw, welvaartseconomie en nog vele andere zaken die zijdelings invloed uitoefenen op de geboorteregeling.

C. Recente realisaties. Van het actieprogramma is vooral in de laatste jaren reeds een en ander gerealiseerd.

Het Nederlands Instituut voor Sociaal-Sexuologisch Onderzoek (NISSO) dat onlangs is opgericht, beoogt het wetenschappelijk onderzoek te gaan stimuleren, coördineren en mede uit te voeren. De wetenschappelijke afdeling van de N.V.S.H. ontplooit zich en ook elders is de belangstelling voor onderzoek groeiende. De oprichting van een Nationaal Demografisch Instituut is in voorbereiding.

De consultatiebureaus voor directe hulp (N.V.S.H., P.S.V.G., Katholiek Centrum) worden opgenomen in een rijkssubsidiering. In het kader van de voorlichtingssubsidie worden gelden beschikbaar gesteld voor kadertraining (kruisverenigingen en dergelijke). De artsenopleiding houdt zich, hier meer en daar minder, met opleiding in geboorteregeling bezig.

De laatste jaren zijn veel activiteiten op het gebied van sociale actie te noemen, bijvoorbeeld congressen van de N.V.S.H.; van de Nijmeegse studenten (Optimale Nataliteit); van de Koninklijke Academie (Bevolking in dichte pakking) en vele andere studiebijeenkomsten. Verder zijn te noemen voorlichtingsperiodieken als „Verstandig Ouderschap”, „Gezond Gezin” en „Wij in Huwelijk en Gezin”, om maar te zwijgen van de stroom voorlichtingslectuur die jaarlijks in boekvorm verschijnt. Het Rijk subsidieert voorlichting via de Nationale Bureaus voor Geestelijke Gezondheidszorg, de Kruisverenigingen enzovoort. Tevens subsidieerde het de voorlichtingsfilm van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Een werkgroep onder leiding van professor Muntendam adviseerde het Departement over wetswijziging (artikel 451^{ter} en 240^{bis}), - een voorstel daartoe is inmiddels ingediend. De werkgroep adviseerde ook over legalisering van abortus, over de noodzaak tot een betere artsenopleiding en over de subsidiëring van seksuele voorlichting. Op verzoek van de Staatssecretaris adviseerde de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid

over een „longterm” voorlichtingsprogramma op het gebied van de seksualiteit, inclusief van de geboorteregeling.

Het is ondoenlijk op het actieprogramma in zijn geheel uitvoerig in te gaan. Daar mijn opdracht bestond uit het belichten van enige socio-psychohygiënische aspecten zal ik mij verder beperken tot enkele aspecten van de sociale actie.

Ervan uitgaande dat genoemde en andere activiteiten van sociale actie slechts mogelijk zijn op een vruchtbare bodem — dus indien een geschikte mentaliteit aanwezig is — zou ik in de eerste plaats enige aspecten willen belichten die bij het vruchtbaar maken van deze bodem, het voorlichten en het beïnvloeden van attitudes naar voren komen. Men kan zich afvragen of een psychohygiënisch voorlichtings- en vormingsprogramma zinvol is en of het enige kans van slagen heeft. Is het mogelijk het sociaal-culturele klimaat ten gunste van geboorteregeling te beïnvloeden? Kan men inderdaad veranderingen in de attitude ten aanzien van het seksuele gedrag bewerkstelligen? Ik denk dan enerzijds aan het povere resultaat van de propaganda van de neo-malthusiaanse beweging in het negentiende eeuwse Engeland — of de Neo-Malthusiaanse Bond ten onzent —, anderzijds aan de omvang welke de anticonceptie in het achttiende eeuwse Rooms-Katholieke Frankrijk kon aannemen ondanks een hiervoor wel zeer ongunstig socio-cultureel klimaat, en meer recent aan de anti-geboorteregelsmaatregelen van kerkelijke zijde of van verhinderende wetgevingen in vele landen. Vooral de laatste jaren is desondanks de geboorteregeling een gewone zaak geworden in vrijwel ieder westers gezin.

Indien men een antwoord tracht te vinden op genoemde vragen die essentieel zijn voor ieder geboorteregelsprogramma, dan dient men ervan uit te gaan dat anticonceptionele vormen van seksualiteit een onderdeel zijn van het seksuele gedrag en derhalve in beginsel analyseerbaar zijn zoals alle andere menselijke gedragsuitingen. Ieder menselijk gedrag — ook het seksuele gedrag — heeft vier wortels, die volgens een oudbeproefd systeem, kunnen worden onderscheiden in: cognitief — verstandelijk; emotioneel - gevoelsmatig; instinctief - driftmatig en volitioneel - strevend.

Het denken, voelen, streven en handelen waaruit een bepaalde gedragsvorm voortkomt, zijn niet voor eens en voor altijd gegeven. Het seksuele gedrag maakt zoals elk menselijk gedrag, een ontwikkeling door eer het tot een zekere stabiliteit en een vast individueel gekleurd gedragspatroon geraakt. Aanleg en omgevingsinvloeden zijn daarbij van even groot belang. Ons gedrag — ook ons seksueel gedrag — is dan ook afhankelijk van drie ontwikkelingsprocessen, namelijk socialisatie — het ingroeien in een patroon van verhoudingen en betrekkingen met andere mensen —; enculturatie — het ingroeien in de cultuur van onze omgeving en het ons eigen maken van de betreffende cultuurelementen.

ten (*Van Doorn en Lammers*) als normen, waarden, doeleinden en verwachtingen —; personalisatie — „menswording” dat wil zeggen ontwikkeling van een authentiek, zelfstandig zelf, met een optimale uitgroei van de potenties —.

Wat de seksualiteit betreft, het is duidelijk dat het proces van personalisatie, dat afhankelijk is van de mogelijkheden tot een authentieke ontwikkeling van de potenties, veelal in onze cultuur sterk wordt geremd door de processen van socialisatie en enculturatie, die nog steeds als het ware grote „taboeschermen” spannen en daardoor ontwikkelingsremmend werken. Deze processen zijn in hoge mate afhankelijk van de heersende sociale en culturele structuren. Dit houdt in dat het menselijk gedrag, de seksualiteit en ook de anticonceptionele gedragsvormen direct zijn gekoppeld aan het bestaande sociale systeem, dat gedragsdeterminerend werkt op een wijze, waarvan wij eerst de laatste tientallen jaren de betekenis zijn gaan begrijpen. Geen mens blijkt werkelijk „vrij” te zijn in zijn gedragsontwerp, met name geldt zulks voor zijn seksuele gedrag. Ieder mens staat voor de opgave de hem in maatschappij en cultuur opgedrongen regels en normen te verwerken tot een persoonlijk gedrag, tot een eigen stellingname. De instelling ten opzichte van een anticonceptioneel seksueel gedrag vertoont dan ook meestal vele kenmerken van de sociale groep, de subcultuur, waarin de individuele mens en het betreffende mensenpaar groot zijn gebracht.

Het in het voorafgaande geschetste model: de conceptie van de persoonlijkheidsontwikkeling als resultante van de geldende sociale en culturele structuren, is echter onvolledig en dus onjuist indien men de genoemde structuren als statische, onveranderlijke gegevens zou opvatten. Evenals individuen evolueren, zo maken ook gemeenschappen en de daarin aanwezige sociale en culturele verschijnselen ontwikkelingen door. De geboorteregeling als sociaal verschijnsel dat wil zeggen de in een gemeenschap bestaande bereidheid tot anticonceptioneel seksueel gedrag is typisch een uiting van iets dat verandert, het is iets nieuws, een onderdeel van een veel groter veranderingsproces, dat zich in onze huidige maatschappij voltrekt. Het is juist dit veranderingsaspect dat mijns inziens mogelijkheden en een soort „handvat” voor een actieprogramma biedt. Indien sociale actie ter bevordering van een optimaal geboortecijfer mikt op attitudeverandering, in casu een goede anticonceptionele mentaliteit dan, aldus *Festinger*, kan men slechts effect verwachten wanneer de beoogde persoonlijke attitudeverandering enigszins overeenstemmend is met de latente of manifeste socio-culturele veranderingstendenzen die zich in de betreffende gemeenschap voltrekken. Anders gezegd: sociale actie heeft alleen zin wanneer men deze baseert op kennis en inzicht van de veranderingsprocessen in de gemeenschap en op de invloed daarvan op het gedrag van de individuen. De eerste reeks processen zijn in de sociologie bekend als

„sociale verandering”, de tweede reeks in de sociale psychologie als „attitude-verandering”. Over beide begrippen volgen hieronder nog enige korte opmerkingen ter illustratie van de uiterst complexe aard van de processen die door sociale actie en evenzeer door gezondheidsopvoeding en -voorlichting zijn te beïnvloeden.

Sociale verandering. Dit is een sociologische vakterm door Ogburn reeds in 1922 ingevoerd voor die sociale processen, die binnen een sociaal systeem in een dynamisch telkens verschuivend evenwicht verkeren met sociale processen die stabiliseren, conserveren en evolutie tegengaan. Kenmerkend voor onze tijd is, dat dit evenwicht vaak uiterst labiel is, omdat het nieuwe, zich veranderende zich met grote kracht aanmeldt. De conservatieve systemen kunnen hiermede nauwelijks een evenwicht vinden, bijvoorbeeld ten aanzien van de geboorteregelingssattitude. De sociologie heeft vele factoren bestudeerd die dit evenwicht tussen stabilisatie en verandering bepalen. Een voorbeeld daarvan is de sanctivering: vermindering van religieuze en groepssancties geeft een duidelijk ander seksueel gedragspatroon. Sanctievermindering brengt een proces van sociale veranderingen op gang.

Sancties werken conserverend, namelijk in negatieve zin op de ontwikkeling van een nieuw en modern anticonceptioneel geslachtsleven. Er bestaan nog steeds seksuele taboes, de meeste vormen van niet-orthodoxe seksualiteit worden gelijkgesteld aan zonde. Nog steeds heerst de opvatting: geen lusten zonder lasten; seksualiteit wordt vereenzelvigd met voortplanting en anticonceptie met abortus. Ook de levensinstelling van de doorsnee primitieve mens blokkeert veranderingen, handhaaft traditie en sleur en werkt conserverend. De mens die van de ene dag op de andere leeft, voor wie gisteren, vandaag en morgen weinig verschil vertonen, die de toekomst niet als een zelf te ontwerpen verschiep ziet en die de kunst van het vooruitzien niet beheerst, zal een planloze budgettering hebben, geen financiële voorzorgen nemen en ook geen gezins„planning” beoefenen. De afwachtende en berustingsmentaliteit, voortkomend uit een diep gevoel van onmachtig staan tegenover het eigen bestaan, staat een goede geboorteregelingsactiviteit volstrekt in de weg. Het is voor ons, die deze primitiever levende medemensen zo graag als sociaal betitelen, vaak moeilijk te begrijpen dat vooruitzien als levenshouding in deze laagste sociale en ontwikkelingsklassen uiterst moeilijk is te bereiken. Indien men in vrijwel iedere situatie moet ervaren dat men wordt geleefd, ontstaat weinig vertrouwen dat men de eigen toekomst en de eigen progenituur zelf kan beïnvloeden.

Het is — zo weten wij thans — een vooroordeel van de andere klassen om te menen dat de leden van de laagste sociale klasse die in ons land — maar ook in alle andere landen waarover gegevens bekend zijn — buiten het bereik van effectieve geboorteregelingshulp vallen, graag veel kinderen

hebben of onverschillig staan ten opzichte van hun aantal kinderen. Zij hebben veelal een groot aantal omdat zij de vooruitzienmentaliteit niet kunnen opbrengen. Een en ander is duidelijk gebleken uit de onderzoeken van *Freedman* en *Westhoff*. Een overtuigende verhandeling wordt ook gegeven door *Rainwater*.

Ten einde voor deze bevolkingsgroep (ongeveer 20 procent van de gehele bevolking) de kloof te dempen die gaapt tussen vruchtbaarheidswensen en vruchtbaarheidswerkelijkheid is een adequaat actieprogramma nodig. Het is daarbij uiteraard van belang goede, dat wil zeggen adequate anticonceptionele middelen te kunnen aanbieden. De ervaring van iedere dag leert dat dit op zichzelf evenwel weinig zin heeft, indien men niet tevens in zijn programma aansluiting zoekt bij de mentaliteit en de socio-culturele gedetermineerdheid van deze primitieve gedragsvormen. Een actieprogramma voor deze groep, gericht op een verlaging van het ongewenste, te hoge geboortecijfer — een typisch conservatief verschijnsel — zal slechts effect hebben indien het ook de in deze „lower-class-society” aanwezige veranderingstendenzen beoogt. In het onderhavige geval wordt hiermede bedoeld de tendens tot een betere greep op het eigen leven want alleen via stimulering van deze tendens is een effectieve instelling ten opzichte van bewuste gezins-„planning” mogelijk. *Guttmacher* heeft kunnen aantonen dat in deze bevolkingslaag goede, eenvoudige anticonceptionele methoden het vertrouwen versterkten en de mensen een nieuwe greep op het leven deden ervaren. De „pil” had zulk een effect omdat deze de aldaar in grote mate voorkomende bezwaren tegen genitale applicaties (condoom, ring en dergelijke) onderving.

Tegen de genoemde conserverende tendenzen zijn thans krachtige, vernieuwende tendenzen naar verandering bespeurbaar: naar een leefbaar „gepland” gezin, naar een vrouwenbestaan dat niet alleen en uitsluitend dienstbaarheid aan de kinderen betekent, naar een seksualiteit die meer is dan voortplanting alleen, naar een geslachtsleven dat meer is dan een vluchtige, wat schaamte oproepende vereniging onder de dekens, meer is dan de primitieve en ongecultiveerde seksuele gedragsvormen die gedurende zo lange tijd het westerse seksuele patroon hebben bepaald.

Het is de sociologie geweest, die ons heeft getoond dat sociale veranderingsprocessen niet in een bepaalde richting, dus unilineair evolueren, dat bijvoorbeeld niet — zoals Bachofen leerde — na het oer-matriarchaat het patriarchaat kwam en dat in de cultuurontwikkeling na een promiscue oerfase niet obligaat een huwelijksfase optrad. Dit inzicht is voor ons onderwerp van belang omdat het ons kan behoeden voor de simplificatie dat na het natuurlijke onbeperkte gezin, thans het „geplande” kleine gezin komt en dat — is dit eenmaal bereikt — de zaak is bekeken. Indien ik onze tijd goed beoordeel is het veeleer zo, dat na een straffe, vrij

uniforme en algemeen geldende seksualiteitsopvatting — korthedshalve aangeduid als de christelijke westerse traditionele opvatting — er thans een ontwikkeling valt waar te nemen, waarvan het meest kenmerkende is, dat er juist geen algemeen geldende, uniforme opvatting meer bestaat. Een nieuwe zogenaamde moderne inhoudsbepaling is niet meer te geven. Wij kennen vele opvattingen op seksueel gebied, verschillende waarderingen, verschillende normen, verschillende seksuele gedragspatronen en verschillende concepties over gezinsgrootte. Reeds velen hebben dit pluriforme karakter van onze cultuur beschreven. Een goed actieprogramma zal met dit meervoudige karakter terdege rekening dienen te houden. De processen der sociale verandering, „social change”, ervaren wij ook als artsen in de wijziging in onze instelling en in onze houding ten opzichte van de geboorteregeling.

Attitude-verandering. Een attitude of houding is een min of meer geconcretiseerd en gestabiliseerd habitueel gedragspatroon. Denken, voelen en willen ten opzichte van speciale objecten zijn daarin opgenomen. Dit „min of meer” slaat op het dynamische, bewegende en veranderende karakter ervan. Ieder mens wordt op de een of andere wijze geconfronteerd met de zich snel veranderende wereld rond hem. Als hij zich in deze veranderende wereld wil blijven handhaven, moet hij in feite — met gemak of met moeite, met gretige aanname of met uiterste tegenzin — zijn attitudes wijzigen. „Attitudeverandering” is het individuele en psychologische analogon van het sociologische begrip „sociale verandering” dat de ontwikkeling, groei en neergang van gemeenschappen en culturen aanduidt.

Kennis over het veranderen van attitudes is sinds lange tijd geen psychiatrische — psychotherapeutische — aangelegenheid meer. Het is een modern theoretisch en praktisch wetenschapsgebied van toenemend belang. Zulks geldt met name in deze tijd waarin voortdurend attitudeveranderingen zijn gewenst. Wat de toekomst ook voor onze samenleving in petto moge hebben zeker is, dat de snelheid waarmede nieuwe veranderingen telkens zullen optreden, niet geringer zal worden. Daarom lijkt ook de vaststelling van *Krech* en *medewerkers* gerechtvaardigd: „Attitudeverandering is waarschijnlijk het meest urgente psychologische probleem van onze huidige wereld”. Deze uitspraak gaat ook op ten aanzien van onze gezondheidszorg. De sociale psychologie beschikt reeds over vele gegevens inzake attitudeveranderingen en processen die daaraan ten grondslag liggen. Deze gegevens zouden al direct bruikbaar kunnen zijn voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het algemeen en voor de bevordering van een optimaal geboortecijfer in het bijzonder.

Het is een ervaring die ieder uit eigen werk kent, dat pogingen om iemands houding te wijzigen soms wel en soms geen succes hebben, ook al gebruikt

men steeds dezelfde methoden. Er zijn twee hoofdtypen van attitudewijziging. In de eerste plaats de congruente wijziging, dat wil zeggen verergering of vermindering van het negatieve aspect van een negatieve attitude, bijvoorbeeld wijziging van een absolute afkeer van geboorteregeling naar een minder absolute afkeer. Dit geldt uiteraard ook voor positieve attitudes. In de tweede plaats kennen wij de incongruente wijziging waarbij een positieve houding negatief wordt of een negatieve positief. Beide typen van attitudeverandering voltrekken zich in onze jaren op grote schaal ten aanzien van de bewuste geboortebeperving.

Congruente veranderingen zijn gemakkelijker te bewerkstelligen dan incongruente, maar beide vormen van verandering vergen ieder een eigen wijze van aanpak. *Krech en medewerkers* konden in hun onderzoek vaststellen dat attitudeveranderingen optreden door de volgende gebeurtenissen.

a Het verschaffen van nieuw informatiemateriaal, bijvoorbeeld meer en betere anticonceptionele voorlichting. Een voorbeeld hiervan is de sterk gewijzigde, meer positieve attitude ten opzichte van abortus provocatus bij de Canadese Katholieken, nadat via pers en televisie vele en sterk emotionele informaties waren verschaft over Softenonbabies.

b Het optreden van wijzigingen in de groepsgebondenheid en afhankelijkheid. Dit is het geval wanneer er meer openheid voor andere dan de eigen opvattingen ontstaat, bij contactverbreding, door lectuur, gerichte vorming en in het algemeen bij een meer bewuste stellingname ten opzichte van de traditionele opvattingen die vaak „ondoordacht” in de eigen groep blijken te bestaan.

c Het van buitenaf stimuleren van gedragsveranderingen. Een bepaalde overheidsmaatregel, wetgeving of kerkelijk voorschrift kan een attitudeverandering tot gevolg hebben. Het hanteren van deze externe maatregelen is een typische vorm van sociale actie.

d Het bewerkstelligen van veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur. Dit laatste punt is uiterst complex en heeft te maken met uiteenlopende zaken zoals psychotherapie, propaganda, „brainwashing”, suggestie en reclame.

Ik moet met bovengenoemde vluchtige aanduidingen volstaan om mijn bewering dat de huisarts niet uitsluitend de belangrijke figuur is bij de huidige geboorteregelingsproblematiek, kracht bij te zetten. Het geboorteregelingsbeleid dat een moderne samenleving op grond van psycho-hygiënische overwegingen dient op te brengen kan en behoeft ook niet langer passief te wachten op individuele behoeftes. Een actieprogramma met actieve aspiraties en gericht op de totaliteit van de populatie heeft kans van slagen indien sociologen en sociaal-psychologen de nog sterk medisch gedomineerde gezondheidszorg, gezondheidsbescherming en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding komen verrijken, ook en misschien vooral als het om een optimale nataliteit en fertiliteit gaat. Daarom dient de gezondheidszorg voort te gaan de bakens grondig te verzetten en zich te emanciperen uit de traditioneel-medische — ik zou haast zeggen smal-medische — attitude: het zitten afwachten in zijn spreekkamer op al degenen die willen en moeten worden gecureerd van iets dat eigenlijk te voorkomen zou zijn geweest. Het hoofdaccent van de gezondheidszorg van morgen zal de op het totaal van een populatie gerichte gezondheidsbescherming en -bevordering moeten zijn, ook en misschien juist, als het niet zozeer om lichamelijke ziekten en kwalen gaat, maar om de voorkoming van een psycho-sociale pathologie. Hiertoe moeten mijns inziens ook de gezins-overbevolking en de ongewenste zwangerschappen worden gerekend.

- Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. Tavist Publ. Londen, 1964.
- Corkey, E. (1964) *J. Marriage and family* 26, 478.
- Doorn, J. A. van en C. J. Lammers. *Moderne sociologie, systematiek en analyse*. Spectrum, Utrecht, 1959.
- Festinger, L. *A theory of cognitive dissonances*. Univ Press., Evanston (Ill), 1957.
- Freedman, R. *Family planning, sterility and population growth*. Basic Books, New York, 1959.
- Guttmacher, A. F. *The complete book of birth control*. Aldine, New York, 1961.
- Krech, D., A. S. Crutchfield en E. L. Ballachy *Individual and society*. MC Graw Hill Cy, New York, 1962.
- Rainwater, Z. (1960) *And the poor get children*. Un. of Chic. Press., Chicago.
- Westhoff, D. (1961) *Family growth in Metropolitan America*. Columb. Press., Princeton.
- La prévention des naissances dans la famille, ses origines dans les temps modernes. Cahier No. 35 de l'E.N.I.D., P.U.F., Parijs, 1960.