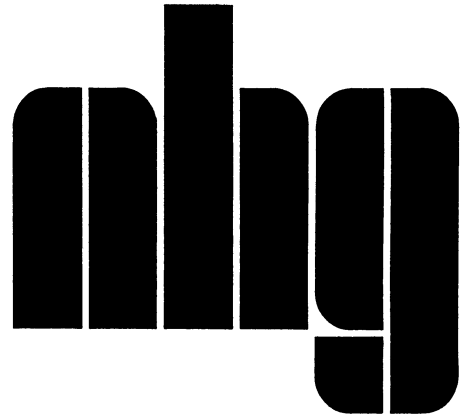


huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

Het kinderloze huwelijk, gezien door een huisarts: zes lessen

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT*

Inleiding. Het jaarlijkse Nijmeegse studentensymposium was in 1972 gewijd aan het kinderloze huwelijk. Men had mij, als huisarts, verzocht hieraan een bijdrage te leveren. Bij de voorbereiding daarvan werd ik min of meer gedwongen mij grotendeels op eigen ervaring en onderzoek te baseren, daar de literatuur op dit gebied vrijwel geheel afkomstig is van gynaecologen. Deze beschouwen, daar zij geen gezinsarts zijn, eigenlijk nooit het gezin maar vrijwel altijd alleen de steriliteit. Verder gaan gynaecologen uit van geselecteerd materiaal, omdat zij uiteraard slechts iets kunnen zeggen over datgene wat tot hun kennis komt, terwijl lang niet alle kinderloze vrouwen, laat staan echtparen, bij hen terecht komen.

Voor het doel bruikbare ongeselecteerde bevolkingsonderzoekingen heb ik niet kunnen vinden. Huisartsen, die in hun praktijk wel een gedeelte van een gehele bevolking kunnen overzien, hebben over dit onderwerp zeer weinig gepubliceerd. Mij zijn slechts twee onderzoeken bekend, dat van *Jensen* uit Engeland, die hierover een voortreffelijk artikel schreef, en dat van Brühl, die in 1963 een voordracht hield over onvruchtbaarheid in zijn Amsterdamse praktijk. De laatste heeft de resultaten van zijn onderzoek helaas niet gepubliceerd maar gaf mij inzage van zijn tekst, waarvan ik dankbaar gebruik heb gemaakt.

Zo werd ik dus wel genoodzaakt mij kritisch te bezinnen op eigen ervaringen en hiertoe een klein

Samenvatting. In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van een retrospectief onderzoek over frequentie, presentatie, oorzaken en gevolgen van kinderloosheid in een huisartspraktijk, waaruit de auteur zes lessen leerde. De eerste daarvan is dat kinderloosheid als probleem aan de aandacht van de huisarts dreigt te ontsnappen, daar veel patiënten blijkbaar grote schroom hebben hiervoor zijn hulp in te roepen. De tweede les is dat de huisarts er bovendien attent op moet zijn dat er (vooral bij de man) duidelijk weerstanden bestaan tegen nader onderzoek, zodat er gevaar bestaat dat dit voortijdig wordt afgebroken. De derde les is dat seksuologische problematiek een van de belangrijkste oorzaken vormt, die voor behandeling door de huisarts in aanmerking komt, zodat hij hierop gespitst moet zijn. Uit de negatieve uitkomsten van een onderzoek naar de aantoonbaarheid van medische gevolgen van kinderloosheid trekt de auteur de vierde les, dat men bij een dergelijk onderzoek met streng vergelijkbare groepen moet werken en dat men bij de materiaalverzameling moet trachten de invloed van vooroordeel uit te sluiten. De vijfde les is, dat voor kinderloze echtparen een goede begeleiding gewenst is. De laatste les is, dat — geconfronteerd met kinderloosheid — toch een zeker optimisme op zijn plaats lijkt, daar in verloop van tijd betrekkelijk vaak (spontaan) zwangerschap blijkt op te treden.

retrospectief onderzoek te verrichten. Daarbij leerde ik zes misschien ook voor anderen leerzame lessen.

Achtereenvolgens zullen aan de orde komen: fre-

* Directeur Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

quentie, presentatie, oorzaken en gevolgen, om te eindigen met een nevenbevinding over de prognose. Over de behandeling zullen slechts enkele algemene opmerkingen worden gemaakt.

Frequentie. Meestal wordt aangenomen dat ongeveer 10 procent van de huwelijken kinderloos blijft. Dit blijkt ook uit de publikatie, door het Centraal Bureau voor de Statistiek hieraan gewijd in 1951, dus vóór de huidige algemene toepassing van anti-conceptie. Daarin werden verschillen geconstateerd tussen diverse delen van ons land, tussen stad en platteland, tussen de godsdiensten en bij de beroeps-categorieën. De belangrijkste factor bleek te zijn de leeftijd van de vrouw bij het begin van het huwelijk. Lag deze beneden de 20 jaar dan was het percentage huwelijken dat kinderloos bleef 3, bij 20 tot en met 24 jaar 5 en bij 25 tot en met 29 jaar 10. Hierbij dient wel te worden bedacht dat in deze cijfers ook de gevallen zijn opgenomen, waarbij de vrouw reeds zwanger was op het tijdstip van huwelijk, hetgeen mogelijk bij jongere vrouwen vaker voorkwam.

Ook in de drie met ons Instituut verbonden huisartspraktijken vonden wij dat ongeveer 10 procent van de huwelijken, die ten minste vijf jaar tevoren waren gesloten, kinderloos is gebleven (*tabel 1*).

Tabel 1. Percentage kinderloze huwelijken per praktijk

Praktijk	A	B	C	Totaal
Aantal gezinnen met huwelijksdatum 1940 t/m 1967	825	543	521	1889
Percentage hiervan kinderloos	11,7	9,8	6,6	9,7
	chi ² = 8,3 df = 2 P < 24 procent			

De verschillen in huwelijksvruchtbaarheid tussen deze drie praktijken zijn statistisch significant: deze is het grootste in C en het kleinste in A. Praktijk A omvat enkele gehele dorpen, B is een verouderende praktijk in een grote stad en C is een jongere praktijk in een kleine stad.

Tabel 2 Percentage kinderloze huwelijken naar huwelijksdatum

Huwelijksdatum	Aantal gezinnen per praktijk			Totaal	Percentage kinderloos
	A	B	C		
1940 - 1942	50	26	22	98	11,3
1943 - 1947	135	110	48	293	8,9
1948 - 1952	150	102	68	320	9,1
1953 - 1957	164	135	68	367	12,3
1958 - 1962	147	88	144	379	7,7
1963 - 1967	179	82	171	432	10,0

chi² (tot) = 5,9 df = 5 P = 31 procent

In *tabel 2* worden de verschillen gegeven in leeftijdsopbouw van de drie praktijken. Tegelijk wordt echter duidelijk dat deze de verschillen in kinderloosheid niet kunnen verklaren, daar de kinderloosheid geen verband toont met de huwelijksdatum. Het is echter wel mogelijk dat deze verschillen in kinderloosheid samenhangen met de leeftijd van de vrouw bij het sluiten van het huwelijk, daar praktijk C overwegend jonge gezinnen omvat en praktijk B overwegend oudere; bekend is dat de leeftijd bij het sluiten van een huwelijk inmiddels is afgenomen en dat deze op het platteland (praktijk A) hoger ligt dan in de stad.

Men kan zich afvragen hoe vaak per jaar een huisarts in Nederland gemiddeld de kans krijgt om te worden geconfronteerd met kinderloosheid als (nieuw) probleem. Gemiddeld vinden per huisartspraktijk 25 tot 30 nieuwe huwelijken per jaar plaats. Neemt men aan dat ongeveer 10 procent hiervan na vijf jaar nog kinderloos is en dat velen reeds voor het verstrijken van die vijf jaar medische hulp zullen inroepen, dan komt men tot een schatting van ongeveer vijf maal consult te dezer zake per jaar. Dit wordt bevestigd door de cijfers uit onze eigen continue morbiditeitsregistratie, waarbij wij getallen vonden tussen vier en acht keer per jaar en ook door het landelijke morbiditeitsonderzoek van *Oliemans*. Dit is een klein getal, in het niet zinkend bij de duizenden nieuwe problemen die patiënten gemiddeld per jaar aan een huisarts voorleggen. Het houdt een gevaar in, dat nu reeds is te signaleren op grond van deze objectieve cijfers: het gevaar te weinig te worden geconfronteerd met kinderloosheid en dus er te weinig attent op te zijn bij opsporing; het gevaar ook van te weinig routine bij de benadering van dit probleem, bij de diagnostiek en de therapie. Daar komt nog bij dat ervaring de huisarts zal leren (*Jensen*) dat, wanneer zijn hulp voor kinderloosheid wordt ingeroepen, de prognose zonder enige therapie meestal uitstekend is wanneer bij het eerste oriënterend onderzoek geen afwijkingen worden gevonden. Ik bedoel te zeggen dat het

niet denkbeeldig is dat de huisarts het probleem kinderloosheid zal gaan onderschatten. Hoe reëel dit gevaar is kan de rest van dit verhaal leren.

Presentatie. Tot nu toe werd gesproken over kansen op confrontatie met kinderloosheid. Hoe gaat het nu in werkelijkheid: hoe vaak en in welke vorm presenteren patiënten kinderloosheid aan hun huisarts als probleem? Wat zijn daarbij dan de bevindingen?

Deze vraag heeft mij tot nader onderzoek aangezet in de eigen praktijk (A) omdat ik daar het beste over de gegevens kon beschikken en omdat ik deze gezinnen alle reeds lang persoonlijk kende. In eerste instantie doorliep ik de lijst met een kleine honderd namen van kinderloze echtparen uit deze praktijk. Daarbij deed ik de onaangename ervaring op dat ik mij ten aanzien van de grootste groep dezer huwelijken niet (uit het hoofd) kon herinneren wat er aan de hand was geweest en of en hoe de kinderloosheid ooit ter sprake was gekomen — enigermate verklaarbaar door de vele in deze groep op oudere leeftijd gesloten huwelijken.

Toch becroop mij een zekere ongerustheid. Ik besloot tot een nader onderzoek van een steekproef, waarbij alle patiëntenkaarten aan een nauwkeurige retrospectieve inspectie werden onderworpen. Daartoe koos ik die huwelijken, die minstens vijf jaar kinderloos waren en waar de vrouw bij het huwelijk niet ouder was dan veertig jaar. Bovendien ging ik niet verder dan vijftien jaar terug wat de huwelijksdatum betreft en beperkte ik mij tot degenen, die tenminste vijf jaar tot deze praktijk behoorden. Vijfentwintig echtparen voldeden aan deze criteria.

Bij nauwkeurig doorlezen van de medische levensgeschiedenis van deze echtparen bleek mij dat negenmaal geen enkele aantekening op de kaarten kon worden gevonden over kinderloosheid als probleem, dat dit dertien maal vermoedelijk door de vrouw ter sprake was gebracht, eenmaal door de man en tweemaal door mijzelf. Dit betekent dus dat in tenminste elf van de vijfentwintig, dat wil zeggen in bijna de helft van deze huwelijken, kinderloosheid niet door het echtpaar aan de huisarts als probleem was gepresenteerd! Het leek erop of dit vaker het geval was bij de ouderen: vijf van de tien die in 1957 tot en met 1961 trouwden en zes van de vijftien die in 1962 tot en met 1967 trouwden, brachten de kinderloosheid niet ter sprake. Bij dit gegeven dient de lezer zich te realiseren dat de registratie op dit kaartstelsel zeer nauwkeurig en volledig was geschied, inclusief specialistische gegevens, dat deze huisarts door zijn 30-jarige vestiging in een zeer stabiele bevolking meende haar goed te kennen, dat hij dacht dat er geen grote barrière tussen hem en zijn patiënten bestond, dat hij meende attent te zijn op het probleem kinderloosheid, dat

de kinderloosheid naar zijn mening vermoedelijk zelden was gewild en dat het hier gaat om een praktijk, die een gehele lokale bevolking omvat, blijkens verschillende andere onderzoeken redelijk overeenkomend met de samenstelling van de Nederlandse bevolking. Bovendien bleek dat degenen, die de kinderloosheid als probleem wél presenteerden, dit (zeer) laat deden: driemaal pas na drie jaar, tweemaal na vier jaar, eenmaal na vijf jaar, eenmaal na acht jaar!

Ik zou dan ook de conclusie willen trekken dat het gevaar, dat in de vorige paragraaf werd gesignaleerd — dat kinderloosheid als probleem aan de aandacht van de huisarts dreigt te ontsnappen — inderdaad reëel is. Ervan uitgaande dat de kinderloosheid relatief zelden bewust gewenst zal zijn geweest, kan ik mij niet onttrekken aan de slotsom dat er vermoedelijk sprake is van een grote barrière, zodanig, dat vele echtparen hierover zelfs niet met hun huisarts durven spreken. Als deze slotsom juist is zou dit betekenen dat de huisarts er goed aan zal doen zelf op dit probleem gericht te zijn. Hij zal het zijn patiënten gemakkelijker moeten maken hierover te spreken, wil hij preventie, of in dit kader juister uitgedrukt: anticiperende geneeskunde kunnen bedrijven. Hij zal dan het onderwerp al of niet kinderen krijgen zelf herhaaldelijk aan de orde moeten stellen, uiteraard op een voor zijn patiënten acceptabele en geheel vrijblijvende wijze. Het blijft natuurlijk geheel hun zaak of zij hierop willen ingaan of niet. Het zal echter goed zijn als zij beseffen dat zij, als zij dat wensen, hierover met hun huisarts kunnen spreken.

Mijn verkenning in deze is uiteraard van beperkte waarde, maar de bevindingen stemmen overeen met die van Brühl en Jensen. Blijkbaar heeft een niet gering gedeelte van de kinderloze echtparen hulp nodig bij het overwinnen van de drempel naar het vragen om raad bij dit probleem. Dit was mijn eerste les,

Oorzaken. Om de meest gangbare oorzaken van kinderloosheid op te sporen heb ik opnieuw de lijst van 96 echtparen zonder kinderen doorgenomen. Daarbij bleek dat bij dertig daarvan de leeftijd — de vrouw bij het huwelijk veertig jaar of ouder — de meest voor de hand liggende oorzaak was. Deze dertig echtparen heb ik verder buiten beschouwing gelaten, zodat voor nadere analyse 66 echtparen overbleven. Bij 39 daarvan bleek de oorzaak onbekend: 34 maal omdat ofwel in het geheel geen onderzoek had plaatsgevonden of slechts een eerste oriënterend onderzoek door mijzelf, vijfmaal ook na nader gynaecologisch onderzoek.

Bij dit archiefonderzoekje leerde ik mijn tweede les: velen bleken onvoldoende onderzocht. Het is mijn gewoonte om bij de presentatie van het pro-

bleem kinderloosheid als volgt tewerk te gaan:

1. anamnese: vroegere ziekten en operaties, menstruatie-anamnese en als zeer belangrijk: nauwkeurige en gedetailleerde coïtus-anamnese;
2. zo nodig volgt een oriënterend algemeen onderzoek, altijd een urine-onderzoek, speculum-onderzoek en vaginaal toucher;
3. worden geen afwijkingen gevonden, dan ga ik over tot het laten aanleggen van een basale temperatuurcurve om vast te stellen of inderdaad ovulaties plaatsvinden;
4. tenslotte doe ik een Hühnertest; dit bij voorkeur rond de ovulatie-tijd uitgevoerde postcoïtale onderzoek leidt tot enkele gegevens: het is de proef op de som of de coïtus inderdaad normaal plaatsvindt, of er voldoende beweeglijke spermatozoën in het cervixkanaal doordringen, of het cervixslijm helder en voldoende draden trekkend is en niet teveel leukocyten bevat;
5. het is zeer gewenst ook altijd te vragen of de man voor een onderzoek en gesprek wil komen; een gemakkelijk te verhelpen aandoening als varicocele kan de oorzaak zijn van steriliteit; het kan ook dat zijn coïtus-anamnese feiten aan het licht brengt, waarover de vrouw niet wilde of durfde spreken.

Zijn er afwijkingen, dan handel ik naar bevindingen. Zijn er geen afwijkingen dan wacht ik, als de gewenste zwangerschap niet langer dan twee of drie jaar is uitgebleven, voorlopig af, maar bestel de patiënten wel terug om hen te begeleiden. Blijft zwangerschap, als alles normaal is, dan nog langer dan een jaar uit, dan verwijs ik de patiënte naar een gynaecoloog. De meesten zijn dan echter inmiddels spontaan zwanger geworden.

Bij het doorlopen van de patiëntenkaarten bemerkte ik echter tot mijn teleurstelling dat vele kinderloze echtparen het onderzoek en de begeleiding voortijdig hadden afgebroken zonder dat ik dit voldoende heb onderkend. Zij kwamen niet terug met een temperatuurlijst of voor de Hühnertest, of de echtgenoot verscheen niet na mijn verzoek, of de patiënten daagden niet op nadat een jaar was verstreken. Hierbij zal ongetwijfeld de omstandigheid een rol hebben gespeeld dat ik toen nog geen afspraaksprekuur had, waardoor het niet opviel wanneer patiënten niet verschenen.

Ik heb voor mijzelf de conclusie getrokken dat ik toch had gefaald bij de begeleiding van deze echtparen. Blijkbaar is er niet alleen sprake van een schroom om het onderwerp kinderloosheid aan de orde te stellen, er blijken ook weerstanden te bestaan tegen nader onderzoek. Ik heb dit onvoldoende beseft en hiermede niet genoeg rekening gehouden. Het doornemen van de kaarten leerde mij

dat de bron van deze weerstanden dikwijls bij de man moest worden gezocht. Voor vele van deze echtparen is het inmiddels te laat geworden. Daarom heb ik mij voorgenomen in het vervolg met meer beleid en meer systeem tewerk te gaan, zodat in elk geval ongewenste ontsnaptingen worden voorkómen.

Wat de opgespoorde oorzaken betreft zal ik kort zijn, daar het hier slechts kleine aantallen betreft. Dertien maal was er sprake van gynaecologische pathologie zoals vroegere ontstekingen (tuberculose, appendicitis, operaties, extrauterine graviditeiten, myomen, recidiverende abortus, enzovoort). Viermaal bleek de man steriel te zijn. Achtmaal was er sprake van ernstige seksuele problematiek. Meestal betrof dit dyspareunie. Het aandeel hierin van de man (bijvoorbeeld tweemaal homoseksualiteit) en de vrouw (bijvoorbeeld extreem vaginisme) was soms vast te stellen, doch meestal betrof het een man-vrouw relatiestoornis, waarbij het aandeel van ieder der partners moeilijk is af te grenzen. Bij twee echtparen bleek sprake te zijn van bewust gewilde kinderloosheid na een als dramatisch beleefde mislukking van een zwangerschap (eenmaal na een abortus, eenmaal na een voldragen dood kind), waarbij schuldgevoelens bij de man ontstonden. Deze laatste twee gevallen zou men ook min of meer als seksuologisch kunnen beschouwen. Vat ik nu een en ander samen dan ontstaat *tabel 3*.

Tabel 3. Vermoedelijke oorzaken van kinderloosheid.

Aantal	Oorzaak
39	onbekend
30	leeftijd vrouw
13	gynaecologisch
10	seksuologisch
4	steriliteit man

96

In mijn praktijk was van de bekende oorzaken de leeftijd van de vrouw dus het belangrijkste, gevolgd door gynaecologische afwijkingen die niet te verhelpen waren. De azoöspermie van de man was eveneens niet te genezen. Er blijkt echter bij een niet onaanzienlijk aantal van de potentieel wél te helpen echtparen sprake te zijn geweest van een ernstige seksuologische problematiek.

Hier leerde ik mijn derde les: deze problematiek is door mij onvoldoende behandeld, terwijl hier toch waarschijnlijk succes te behalen zou zijn geweest. Het is dan echter vóór alles zaak tijdig te helpen, voordat fixatie is opgetreden, gedragspatronen zijn ingeslepen of de hoop voortijdig is opgegeven. Het doorlopen van mijn kaarten leerde mij dat in dergelijke gevallen soms met eenvoudige maatregelen

len wel degelijk resultaten zijn te behalen: door eenvoudige plastische voorlichting, waarbij men bijvoorbeeld aan een man laat zien hoe ruim een vagina is, door het oprekken van een stug hymen, soms door een tijdelijk coïtusverbod waardoor een obsessie wordt doorbroken, enzovoort. Eenvoudige gedragstherapie bijvoorbeeld met ontspanningsoefeningen terwijl vingers van man of vrouw in de vagina worden ingevoerd, kan tot uitstekende resultaten leiden bij vaginisme. Juist bij seksuologische stoornissen bestaat er echter een neiging zich te onttrekken aan behandeling, daar men de problemen liever uit de weg gaat. Hier ligt een belangrijke en dankbare taak voor de huisarts. Hij zal zich dan echter actief moeten richten op deze problematiek, zowel wat de opsporing betreft — dikwijls verborgen achter vage nerveuze of functionele klachten als rugpijn, hoofdpijn, moeheid — als wat de behandeling aangaat (cave zich onttrekken, uitstellen van afspraken en dergelijke).

Gevolgen. Bij het doornemen van de kaarten kwam ik een aantal gezinnen tegen, waarbij de kinderloosheid een bron van veel verdriet en leed is geweest. Ik werd weer herinnerd aan de vrouwen die elke maand gespannen worden tegen de tijd van de menstruatie. Zij trachten er niet aan te denken, maar de spanning stijgt toch. De hoop begint op te leven als het bloedverlies een dagje langer uitblijft of als zij menen wat misselijk te zijn of iets in hun borsten te voelen. De steeds terugkerende teleurstelling als de menstruatie dan toch doorzet, de huilbuien, de depressies. De vrouwen die — eindelijk in verwachting — moeten worden geopereerd voor een extra-uterine graviditeit, waardoor de kans op een volgende zwangerschap weer sterk vermindert. De vrouwen met recidiverende miskramen. Het verdriet van deze echtparen als zij andere kinderen zien bijvoorbeeld bij familie-bijeenkomsten, de eenzaamheid, hun gevoelens van doelloosheid, de eindeloze procedures bij de behandelingen en bij de pogingen in aanmerking te komen voor een adoptief kind. Hier is sprake van veel verborgen leed. Dit moet op deze

echtparen een last leggen, waarvan men kan verwachten dat die ook tot uitdrukking komt in de door hen aan de medicus gepresenteerde klachten en aandoeningen. Hiervoor zijn ook wel aanwijzingen te vinden in de literatuur. Brühl vond dat de onvruchtbare echtparen in zijn praktijk ruim 20 procent meer medische hulp verlangden dan de andere. Bovendien vond hij aanwijzingen voor een grotere frequentie van psychische en nerveuze stoornissen. Hij heeft echter geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Jensen deed dit wel en vergeleek ruim tweehonderd vrouwen met kinderen met een kleine vijftig kinderloze vrouwen. Beide categorieën leefden samen met hun man en bevatten geen vrouwen met psychotische of psychopathische ziektebeelden. Hij deelde hen in aan de hand van zijn patiëntenkaarten in vijf groepen (tabel 4), waarbij groep I betekent (vrijwel) alleen organische aandoeningen en V (vrijwel) alleen psychische stoornissen, met daartussen glijdende overgangen. Bij de statistische toetsing voegde hij de groepen IV en V samen. Jensen vond dat er een significant positieve correlatie was tussen kinderloosheid en psychische stoornissen. Uiteraard was niet na te gaan wat primair was: de psychische stoornissen of de kinderloosheid. Jensen vermeldt dat hij zich bij zijn onderzoek beperkte tot vrouwen van 25-40 jaar. Het is echter uit zijn gegevens niet duidelijk in hoeverre de leeftijd en tal van andere factoren een rol kunnen hebben gespeeld, terwijl zijn beoordeling — voornamelijk psychisch of organisch — uiteraard zeer subjectief en globaal was. Verder liet hij de mannen van deze vrouwen buiten beschouwing.

Daarom besloot ik tot een kleiner, maar nauwkeuriger onderzoek van echtparen, waarbij gebruik werd gemaakt van de methodiek van „matched controls”. Daartoe putte ik uit twee bronnen: de groep van 25 kinderloze echtparen, waarover hierboven reeds werd gesproken bij de presentatie van kinderloosheid en 6 kinderloze echtparen, die samen met 94 echtparen met kinderen gedurende twintig jaren nauwkeurig zijn gevolgd in het kader van een longitudinaal gezinsonderzoek. Bij elk kinderloos

Tabel 4. Morbiditeit van gehuwde vrouwen naar Jensen.

Categorieën	I	II	III	IV	V	Totaal
Vruchtbaar gehuwd	93	58	37	12	2	202
Onvruchtbaar gehuwd	13	9	10	12	4	48
Totaal	106	67	47	24	6	250
Percentage onvruchtbare in elke groep	12,3	13,4	21,4	50,0	66,7	19,2

$\chi^2 = 23,32$ $df = 3$ $P < 0,05$ procent

echtpaar werd één (de 25 gezinnen) of werden twee (de 6) strikt vergelijkbare echtparen met kinderen gezocht. Daarbij werd zoveel mogelijk rekening gehouden met de volgende factoren: huwelijksjaar, leeftijd van man en vrouw, sociale laag en wijze van verzekering. In een aantal gevallen konden gehuwde broers of zusters van de kinderloze echtparen als controle worden gekozen. Van elk van deze echtparen zijn per man of vrouw geteld: het aantal nerveus-functionele stoornissen waarvoor medische hulp werd ingeroepen, het aantal overige aandoeningen, de contacten met de huisarts, de verwijzingen naar klinische specialisten en het aantal ziekenhuisopnamen. Daarbij bleven, om de zaak niet scheef te trekken, normale zwangerschappen en bevallingen buiten de tellingen. De resultaten vindt men in de tabellen 5 tot en met 9. A en B hebben daarbij steeds betrekking op het 100-gezinnen-

onderzoek, waarbij onder A de cijfers worden gegeven uit de eerste huwelijksperiode (9 jaar) en onder B die uit de tweede (10 jaar) van dezelfde gezinnen. C heeft betrekking op de continue morbiditeitsregistratie (gedurende 1967 tot en met 1971) van gezinnen waarvan de ouders zijn getrouwd in de jaren 1957 tot en met 1967. Voor elke rubriek is steeds op basis van de mediaan een dichotomie toegepast voor „hoog” en „laag”, behalve voor verwijzingen en opnamen, waarbij omwille van de kleine aantallen het criterium wel of niet is aangelegd.

Bij beschouwing van deze uitkomsten blijkt, dat zowel voor mannen als voor vrouwen nergens significante verschillen worden bereikt tussen degenen met en zonder kinderen. Voor zover er verschillen zijn is de richting daarvan bij vrouwen juist tegengesteld aan de verwachtingen: vrouwen zonder

Tabel 5. Nerveus-functionele aandoeningen.

Waarnemingsperiode		Mannen			Vrouwen		
		laag	hoog	totaal	laag	hoog	totaal
A 1946 - 1954	Geen kinderen	2	4	6	5	1	6
	Wel kinderen	7	5	12	4	8	12
	Totaal	9	9	18	9	9	18
		P = .6199			P = .1312		
B 1955 - 1964	Geen kinderen	4	2	6	4	2	6
	Wel kinderen	5	7	12	7	5	12
	Totaal	9	9	18	11	7	18
		P = .6199			P = 1.0000		
C 1967 - 1971	Geen kinderen	12	13	25	15	10	25
	Wel kinderen	13	12	25	10	15	25
	Totaal	25	25	50	25	25	50
		P = 1.0000			P = .2578		

Tabel 6. Overige aandoeningen

Waarnemingsperiode		Mannen			Vrouwen		
		laag	hoog	totaal	laag	hoog	totaal
A 1946 - 1954	Geen kinderen	5	1	6	5	1	6
	Wel kinderen	4	8	12	4	8	12
	Totaal	9	9	18	9	9	18
		P = .1312			P = .1312		
B 1955 - 1964	Geen kinderen	4	2	6	5	1	6
	Wel kinderen	5	7	12	4	8	12
	Totaal	9	9	18	9	9	18
		P = .6199			P = .1312		
C 1967 - 1971	Geen kinderen	11	14	25	14	11	25
	Wel kinderen	14	11	25	11	14	25
	Totaal	25	25	50	25	25	50
		P = .5711			P = .5721		

kinderen lijken minder vaak nerveuze en overige stoornissen te hebben gehad en minder verrichtingen van de huisarts te hebben gevraagd.

Geconcludeerd wordt, dat het onderzoek de bevindingen van Brühl en Jensen niet kan ondersteunen. Het lijkt onwaarschijnlijk dat dit komt door de kleinere aantallen waarop ons onderzoek berust. Ik ben eerder geneigd dit toe te schrijven aan het verschil in onderzoeksmethodiek: ik maakte gebruik van strikt vergelijkbare categorieën normale echtparen en verzamelde de gegevens met uitsluiting van enige bias, daar zij verkregen werden in het kader van een lopend onderzoek dat niet uitging van de doelstelling om echtparen met en zonder kinderen te vergelijken, hetgeen bij de beide andere auteurs wèl het geval was.

De vierde les die ik uit dit verhaal zou willen

trekken is dat men bij een onderzoek als het onderhavige moet werken met streng vergelijkbare groepen en dat men moet trachten bij de materiaalverzameling elke invloed van vooroordeel uit te sluiten.

Overigens mag men uit het negatief uitvallen van een dergelijk onderzoek natuurlijk niet concluderen dat kinderloosheid geen grote last voor een echtpaar zou betekenen: tegenover de stress van de kinderloosheid staat echter blijkbaar de stress van het krijgen en hebben van kinderen. Dat kinderloosheid wel degelijk voor sommige echtparen een grote belasting betekent is mij bij het doorlopen van de kaarten maar al te duidelijk geworden. Ik betwijfel echter of ik dit voldoende heb opgevangen; bij een aantal echtparen zeker niet.

Zo leerde ik uit dit onderzoekje de vijfde les, dat

Tabel 7. *Verrichtingen = contacten met de huisarts*

Waarnemingsperiode		Mannen			Vrouwen		
		laag	hoog	totaal	laag	hoog	totaal
A 1946 - 1954	Geen kinderen	4	2	6	5	1	6
	Wel kinderen	5	7	12	4	8	12
	Totaal	9	9	18	9	9	18
		P = .6199			P = .1312		
B 1955 - 1964	Geen kinderen	4	2	6	5	1	6
	Wel kinderen	5	7	12	4	8	12
	Totaal	9	9	18	9	9	18
		P = .6199			P = .1312		
C 1967 - 1971	Geen kinderen	12	13	25	14	11	25
	Wel kinderen	13	12	25	11	14	25
	Totaal	25	25	50	25	25	50
		P = 1.0000			P = .5721		

Tabel 8. *Verwijzingen naar de specialist*

Waarnemingsperiode		Mannen			Vrouwen		
		laag	hoog	totaal	laag	hoog	totaal
A 1946 - 1954	Geen kinderen	4	2	6	2	4	6
	Wel kinderen	5	7	12	3	9	12
	Totaal	9	9	18	5	13	18
		P = .6199			P = 1.000		
B 1955 - 1964	Geen kinderen	3	3	6	4	2	6
	Wel kinderen	6	6	12	8	4	12
	Totaal	9	9	18	12	6	18
		P = 1.0000			P = 1.000		
C 1967 - 1971	Geen kinderen	20	5	25	16	9	25
	Wel kinderen	16	9	25	21	4	25
	Totaal	36	14	50	37	13	50
		P = .3451			P = .1963		

Tabel 9. Ziekenhuisopnamen

Waarnemingsperiode		Mannen			Vrouwen		
		laag	hoog	totaal	laag	hoog	totaal
A 1946 - 1954	Geen kinderen	5	1	6	5	1	6
	Wel kinderen	9	3	12	10	2	12
	Totaal	14	4	18	15	3	18
		P = 1.0000			P = 1.0000		
B 1955 - 1964	Geen kinderen	4	2	6	2	4	6
	Wel kinderen	8	4	12	8	4	12
	Totaal	12	6	18	10	8	18
		P = 1.0000			P = .3213		
C 1967 - 1971	Geen kinderen	23	2	25	20	5	25
	Wel kinderen	23	2	25	22	3	25
	Totaal	46	4	50	42	8	50
		P = 1.0000			P = .7019		

voor kinderloze echtparen een goede begeleiding gewenst is.

De prognose: een nevenbevinding. Bij het denken over dit onderwerp en bij het doorlopen van de kaarten van de gezinnen met kinderen leerde ik tenslotte een laatste, meer verheugende les. Een vrij groot aantal echtparen bleek zonder enige „therapie” of met vermoedelijk geheel onwerkzame maatregelen als vitamines, toch kinderen te hebben gekregen: bijvoorbeeld drie vrouwen werden spontaan na vijf jaar zwanger, van wie één vrouw met coïtusproblemen enkele maanden na een aanraking, die blijkbaar als een soort therapie had gewerkt! Een vrouw met extreem vaginisme (een weeskind) werd met een intact hymen na zes jaar huwelijk zwanger door ejaculatio ante portas en kreeg twee jaar later op dezelfde wijze een kind. Twee vrouwen werden na zeven jaar, een na acht en een zelfs na tien jaar spontaan zwanger. Ik ontdekte in mijn kaartstelsel een vrouw die na vijf achtereenvolgende abortus verscheidene gezonde kinderen kreeg, hetgeen volgens de literatuur niet voorkomt. Verder waren er vrouwen met uterus myomatosus, met door gynaecologisch onderzoek vastgestelde afgesloten tubae, die toch spontaan kinderen kregen. Verder was er een vrouw met een slecht vaatstelsel die herhaaldelijk dode kinderen kreeg ten gevolge van intoxicatie, maar die met zoutloos dieet en bedrust later toch verscheidene gezonde kinderen ter wereld bracht en een vrouw met habituele abortus, die met een cervixbandje

volgens Chirodkar haar zwangerschap tot een goed einde kon brengen.

Kortom, ik zou willen eindigen met de zesde les, dat bij confrontatie met een kinderloos huwelijk toch een zeker optimisme op zijn plaats is en dat men de hoop niet te gauw moet opgeven.

Summary. The childless marriage viewed by a general practitioner. This paper describes the results of a retrospective study of the frequency, presentation, causes and consequences of childlessness in a general practice. From this study the author learned six lessons. The first is that childlessness as a problem threatens to escape the general practitioner's attention because many patients are apparently reluctant to ask his advice in this matter. The second is that the general practitioner should account for the possibility of unmistakable resistance (particularly in the male) to further investigation; this entails a risk of premature discontinuation of such investigations. The third lesson is that the sexuological problems are among the principal causes suitable for treatment by the family doctor, who should be alert to these problems. From the negative results of a study of the demonstrability of medical consequences of childlessness the author learned the fourth lesson: that strictly comparable groups should be used in such studies, and that efforts must be made to exclude prejudice in collecting case material. The fifth lesson is that childless couples need adequate guidance. The final lesson is that, in the confrontation with childlessness, there is room for a degree of optimism because (spontaneous) pregnancy proves to occur fairly often in the further course of time.

Bierkens, P. B. (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 770-776.

Jensen, P. (1966) J. Coll. Gen. Practit. 11, 150-165.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk, H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1969.