

ken door het gesprek te openen, bijvoorbeeld in gevallen van „cystite des jeunes mariées” bij meisjes. Goede lectuur* kan daarbij een waardevol hulpmiddel zijn. Het stimuleren van de voorlichting van jongsafaan door gebeurtenissen thuis (graviditeit, menarche, enzovoort) en elders ligt

* Maxine Davis, *Sexuele problemen van jonge mensen* (Sex and Adolescence). Uitgeverij Strengholt; H. M. de Kat - Presser, *Jonge mensen en de Liefde*. Uitgeverij N.V.S.H., 1966.

De geboorteregeling als gezinsproblematiek*

DOOR C. VAN EMDE BOAS, PSYCHIATER-SEKSUOLOG TE AMSTERDAM

Voor wie sinds het begin der dertiger jaren de strijd om de geboorteregeling persoonlijk heeft meegemaakt, vormt de snelle kentering in de publieke opinie en in het emotionele klimaat zoals wij die op het ogenblik beleven, aanleiding om zich met Sebastiaan uit „Twelfth Night” af te vragen: „Is dit een droom, een zinsbegoocheling?” De tegenstelling tot de vroegere situatie is bijzonder groot. Thans is door een rooms-katholieke staatssecretaris een voorstel gedaan om de contraceptiva op te nemen in een kaderwet voor „medical devices”; door hem is aan zijn ambtgenoot van Justitie verzocht om alle strafbepalingen met betrekking tot de contraceptie uit de Strafwet te schrappen, terwijl nog geen zeven jaar geleden de toenmalige bewindsman verstek liet gaan op een internationaal congres over geboorteregeling: de voor hem bestemde ereplaats bleef zonder enig bericht open. Nu wij hier een tot de laatste plaats bezette zaal hebben met medici die wensen te worden geïnformeerd over geboorteregeling, moeten wij onwillekeurig aan de vijftiger jaren denken, toen het in Nederland bijvoorbeeld onmogelijk was om in de medische pers een statistiek te krijgen opgenomen waarin het gunstige effect van contraceptie op abortus provocatus werd aangetoond. Wij kunnen nu glimlachen bij de herinnering aan de opschudding die het gevolg is geweest van een zo onschuldig artikel als dat van de gynaecologe Wijnberg, resulterend in een massaal dreigement dat door een bepaalde groepering alle abonnementen zouden worden opgezegd. Dergelijke situaties zijn thans bijna niet meer denkbaar.

Het is verstandig om zich af te vragen wat eigenlijk de oorzaak van deze omslag is en waardoor wordt veroorzaakt dat de discrepantie, waaronder de geboorteregeling in Nederland en in de andere Westeuropese landen altijd heeft geleden — namelijk de wanverhouding tussen de objectieve

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-crusus Huisarts en geboorteregeling, mei 1967.

vaak op de weg van de huisarts.

Intensieve overdenking van de vele problemen van jeugd en seksualiteit in onze cultuur is voor iedere medicus geboden in het besef, dat de huidige situatie fundamenteel verschilt van „vroeger”.

Het ontwikkelen van een adequate seksuele cultuur is naar mijn mening een van de grote opdrachten voor de generatie van nu. Anticonceptie is hiervan maar een enkel facet.

en de subjectieve behoeften enerzijds en de kwantiteit en vooral de kwaliteit van de medische verstrekingen anderzijds — zo snel aan het verminderen is. Waarom heeft het zo lang geduurd voordat deze verandering kon plaatsvinden, met andere woorden waarom heeft de „family planning” een dergelijke lange „incubatie-tijd” nodig had? Door de keuze van de titel „Geboorteregeling als gezinsproblematiek” zal ik mij tot de gezinsproblematiek moeten bepalen, dus tot de vraag „Hoe komt het dat deze gezinsproblematiek” — die naar mijn mening het gevolg is van het ontbreken van goede, door medische controle begeleide geboorteregeling — „ooit heeft kunnen ontstaan?”

Er is mijns inziens reden om mild te zijn tegenover degenen, die voor deze lange incubatietijd aansprakelijk zijn. Om deze mildheid te begrijpen is het goed om in de geschiedenis terug te gaan en te constateren dat tot ver in de achttiende eeuw van een gezinsproblematiek van deze aard nergens sprake was. De ethici die in deze cursus hebben gesproken, wezen er op dat er in die tijd geen reden bestond tot geboorteregeling omdat het aantal kinderen dat werd geboren ternauwernood voldoende was om op te wegen tegen de toen bestaande grote kindersterfte. Toch zien wij in de achttiende eeuw hier en daar reeds de moderne gezinsproblematiek optreden zoals in het calvinistische Genève, waar een aantal daar gezeten families inderdaad tot gezeten families waren geworden, echte gefortuneerde patriciërs. Hier ziet men duidelijk — het is in de kerkboeken zorgvuldig nagegaan — dat een „family planning” plaatsvindt met een uitgesproken economisch motief, namelijk om te voorkomen dat het familievermogen in kleine delen uiteenvalt. De tweede bevolkingsgroep die dit voorbeeld volgt bestaat uit de Groningse grote boeren: ook daar had de „family planning” een duidelijk economisch motief: namelijk dat hun bezit aan land niet zou worden verdeeld onder een te groot aantal erfgenamen.

Het is bekend dat deze „kleine” voorbeelden

uit het begin van de achttiende eeuw in de tweede helft ervan door een veel grotere beweging werden gevolgd. Dan begint immers de kinderbepierking in Frankrijk. Bij de bestudering van dit fenomeen bleek mij dat Frankrijk inderdaad het „ABC” voor de geboortebepierking heeft geleverd, namelijk de A van abortus, de B van bidet en de C van coïtus interruptus. Pas na 1870 wordt de gezinsproblematiek in alle landen van West-Europa tot een acuut probleem; daarbij speelt een aantal zuiver maatschappelijke omstandigheden een rol, waaronder de verminderde kindersterfte een zeer belangrijke factor vormt. Daarnaast wordt in de literatuur de nadruk gelegd op de „grotere betekenis” welke in deze tijd het individuele kind voor de ouders krijgt. Dit komt niet — zoals herhaaldelijk wordt gezegd — nadat door de geboorteregeling het aantal kinderen vermindert, waardoor ieder kind een grotere waarde krijgt. Het lijkt eerder of het omgekeerde het geval is. In dit verband is bij Sauvy een wonderlijke verklaring te vinden, hij zegt ongeveer het volgende: „In de vorige eeuwen bleven de kinderen nooit lang in het ouderlijk gezin. Bij de adel werden ze al op hun zevende jaar bij een hogere adellijke familie geplaatst als page. Bij de lagere klassen van de bevolking gingen zij al zeer jong als leerling in een of ander ambacht de deur uit. Toen in de loop van de achttiende eeuw dit minder plaats vond, kreeg het gezin grotere betekenis, waardoor ook een behoefte aan beperking ontstond”. Deze verklaring is voor mij geheel nieuw — vroeger werd in dit verband eerder op het instituut van de „min-buitenshuis” gewezen — en het zou interessant zijn te weten of bovengenoemd proces ook in ons land een rol kan hebben gespeeld. Wat in elk geval ook in ons land wel invloed heeft uitgeoefend is het feit dat de gezinsstructuur geheel is veranderd: de produktie-eenheid van de „groot”-familie uit het agrarisch-feodale tijdperk werd omgezet in de consumptie-eenheid van het kleine gezin, waarvan de kinderen — en dit gebeurde zeker na de aanneming van de wetten „Van Houten” — niet langer zoals vroeger geld inbrachten, maar tot minstens de puberteit geld gingen kosten.

Belangrijk in deze tijd is ook de veranderde relatie tussen man en vrouw, omdat het fundament van het huwelijk, dat in vroeger eeuwen — zoals nu nog in vorstendynastieën en bij de „haute finance” — primair een belangengemeenschap was, werd versmald tot een zuiver persoonlijke relatie. Hierbij dient men ook te bedenken dat de totale positie van de vrouw sterk veranderde. Het schijnt dat de geboorteregeling overal, zowel in het individuele gezin als in de vorm van een massabeweging, begint met een zich bewuster worden van de vrouw: zij wil zich niet meer als „baarmachine” laten gebruiken.

Terugkomende op de oorzaken van de zoëven gesignaleerde noodlottige discrepantie tussen behoefte en hulp, moge erop worden gewezen dat

bovengenoemde sociale veranderingen plaatsvonden in een periode waarin de seksuele moraal, welke wij kunnen aanduiden als de procreatiemoraal — een moraal die door de ethici vrijwel geheel is losgelaten — maatschappelijk een climax beleefde en officieel werd aangehangen, gepredikt en, men zou kunnen stellen, opgelegd en doorgedreven door de overheid en door de kerkelijke leiders. Een en ander geschiedde door de overheid in de vorm van wetten ter bescherming van de goede zeden, die bijvoorbeeld de contraceptie ernstige belemmeringen in de weg legden; door de geestelijke leiders in de vorm van strenge geboden en verboden. Voor de artsen, die nu eenmaal kinderen van hun tijd waren, werd dus door hun ideologische conditionering deze gehele maatschappelijke ontwikkeling tot een vrijwel onoplosbaar en onhanteerbaar probleem. Naar mijn mening moeten wij deze historische omstandigheden in het oog houden, omdat wij anders onbillijke verwijten zouden kunnen maken.

* * *

Het bovenstaande komt kort samengevat op het volgende neer. De in ons land bestaande wanverhouding tussen de behoefte van de bevolking aan contraceptieve hulp en de reële verstrekingen op dit gebied, is een gevolg van het feit dat men een maatschappelijk veroorzaakte gezinsproblematiek te veel moralistisch heeft be- en veroordeeld in plaats van deze te onderkennen als een individuele en sociaal-medische preventieve opgave. Voor de behoefte aan hulp bestaan zowel objectieve als subjectieve redenen. Bovendien moeten de motieven waarom deze hulp tot nu toe in onvoldoende mate werd verstrekt, eveneens van medisch-psychologisch standpunt uit worden onderzocht.

Wat de objectieve redenen betreft, de zogenaamde medische indicaties voor de geboorteregeling, opgesteld voor ernstig zieken, gelden slechts voor een zeer klein aantal van de vrouwen en echt)paren die onze hulp zoeken. De werkelijke medische indicatie voor geboorteregeling die objectief, algemeen, ubiquitair en permanent kan worden genoemd, is gelegen in de wanverhouding tussen het biologische en het optimale geboorte-interval bij de mens. Zoals bekend is het natuurlijke geboorte-interval kleiner dan twintig maanden (Van Emde Boas-Voet (1934)). Dit korte interval, waarin zwangerschap en zoogperiode zijn begrepen zodat er ongeveer twaalf maanden moeten worden afgetrokken waardoor men komt op een tussenpoze van acht maanden tussen twee zwangerschappen in, leidt tot een uiterst snel geboorte-ritme.

In de geboortestatistieken die de vijftig per duizend naderen, zoals in Singapore, Birma en sommige landen in Latijns-Amerika, komt zulks niet eens helemaal tot uitdrukking, omdat de bevolking in die landen eveneens naar geboortebepierking streeft. Het treedt misschien duidelijker naar voren in de onderzoekingen van Tietze en Whitelaw, waaruit bleek dat de bevruchtungskans bij normaal vrucht-

bare echtparen die een contraceptivum hadden gebruikt maar dit op een bepaald moment hadden nagelaten, 50 procent bedroeg in de eerste maand en 70 procent binnen de eerste drie maanden. Lou Pen Kiang heeft in het vooroorlogse Nederlands-Indië een interval van slechts zestien maanden tussen twee bevallingen vastgesteld, terwijl Sanyal in Calcutta 45,5 concepties per honderd vrouwen per jaar registreerde, hetgeen overeenkomt met een geboorte-interval van zeventien maanden. Een en ander kan op veel eenvoudiger manier worden toegelicht, namelijk met het motief waarmee vele vrouwen op onze consultatiebureaus komen: „Ik kan mij niet permitteren ieder jaar een kind te krijgen”. In feite komt het immers daarop neer.

Indien men een andere berekening maakt en daarbij in het oog houdt dat de kindersterfte op het ogenblik zeer sterk is gedaald, dan blijkt, dat een interval van twintig maanden drie geboorten per vijf jaar betekent, hetgeen bij een gemiddelde huwelijksvruchtbaarheid van 25 jaar neerkomt op vijftien kinderen per gezin, van wie in Nederland veertien de volwassen leeftijd zullen bereiken. In het midden latend welke enorme demografische spanningen het gevolg zullen zijn van een dergelijke overbevolking in het gezin, kan het probleem worden teruggebracht tot een enkele vraag: Kan het gemiddelde gezin in een dergelijk tempo een dusdanige omvang bereiken, zonder ernstige schade voor de lichamelijke, geestelijke en morele gezondheid van een of meer van zijn leden? Daar deze vraag met een gehele reeks zuiver medische argumenten ontkennend dient te worden beantwoord is het duidelijk dat de bewuste regeling van de geboorten en wel in de vorm van een spatiëring, een individuele, medisch-preventieve opgave wordt, waaraan geen enkele medicus zich kan onttrekken.

* * *

Teneinde onze verantwoordelijkheid in haar volle omvang te begrijpen, moeten wij systematisch de consequenties doordenken van een ongebreidelde echtelijke vruchtbaarheid. Daarbij moeten worden onderscheiden primaire, secundaire en tertiaire consequenties.

Primaire consequenties. Deze zijn de directe biologische gevolgen van een te snelle opeenvolging van geboorten, zich uitend in een verhoogde morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind, niet alleen ten aanzien van het laatstgeboren kind, maar ook bij de andere kinderen. Deze primaire gevolgen liggen praktisch geheel op obstetrisch gebied en zullen daarom hier buiten beschouwing blijven.

Secundaire consequenties. Deze zijn het gevolg van de sociaal-economische spanningen die in een gezin ontstaan wanneer er van overbevolking sprake is, dat wil zeggen wanneer er een wanverhouding bestaat tussen het aantal kinderen en de beschikbare middelen voor voeding, huisvesting, kle-

ding, opvoeding en scholing, recreatie, enzovoort. Men denkt wel eens en dit is een illusie geweest die vooral in de volksdemocratieën en in Rusland is gekoesterd, dat deze secundaire gevolgen zouden kunnen worden opgevangen door ruime kindertoelagen. Hiermede wordt beoogd dat er een gegarandeerd gezinsinkomen bestaat dat relatief met de omvang van het gezin stijgt. De „welfare-state” zoals wij die nu in West-Europa kennen, benadert deze toestand. Nieuwe onderzoeken hebben echter duidelijk bewezen dat deze maatregelen niet voldoende zijn omdat men niet alle consequenties kan opvangen door betere financiële steun. Het resultaat is dan ook geweest dat zelfs de volksdemocratieën en Rusland de idee hebben losgelaten dat de secundaire consequenties typische gevolgen van het kapitalisme zijn.

Tertiaire consequenties. Hiermede worden bedoeld de gevolgen die optreden wanneer de mens, zich de ongewenste gevolgen van zijn onmatige vruchtbaarheid realiserend, middelen en methoden gaat zoeken om het natuurlijke geboortetempo te vertragen en eventueel het aantal kinderen te beperken. Vier problemen, die alle de vraag opwerpen of wij dan met een „cliënt” of met een „patiënt” hebben te maken komen hierbij aan de orde, namelijk:

- a) de gevolgen van de angst voor zwangerschap;
- b) de gevolgen van de wens om te aborteren, respectievelijk de gevolgen van de volbrachte abortus;
- c) de gevolgen van de geboorte van een ongewenst kind en tenslotte
- d) de gevolgen van de huidige contraceptionele maatregelen en technieken.

a. De angst voor ongewenste zwangerschap. Indien men in de gelegenheid is — en dat geldt voor huisarts, psychiater en vrouwenarts — met vrouwen te praten over hun intieme leven, dan merkt men al spoedig hoezeer de angst voor zwangerschap het emotionele leven van velen, ook nog in onze tijd, vergiftigt. Deze angst schaadt de betrekkingen — en niet alleen de seksuele — tussen de echtgenoten en dientengevolge de gehele sfeer in het gezin. Het totale emotionele klimaat wordt erdoor verstoord. De angst veroorzaakt vaak orgasme-storingen bij de vrouw die om deze reden destomeer tegen de coïtus begint op te zien en uitvluchten gaat zoeken zoals moeheid, hoofdpijn of voorgewende lange menstruaties. Het is eenvoudig onmogelijk om alle excuses op te noemen die door mij in de loop der jaren werden gehoord. Maar het gevaarlijkste is dat er een circulus vitiosus ontstaat: de angstige vrouw gaat haar partner afweeren, de seksueel-gestuwde man zoekt naar andere bevredigingsmogelijkheden bijvoorbeeld door masturbatie of extra-maritaal verkeer, hetgeen weer nieuwe spanningen en problemen schept. Er bestaat dan ook onmiskenbaar een oorzakelijke relatie tussen deze angst voor conceptie en een bepaald type van huwelijksmoeilijkheden welke men

pleegt waar te nemen wanneer in een gezin een geboorte-stop wordt nagestreefd. Dit is een van de redenen waarom bureaus voor gezins„planning” onvoldoende zijn geoutilleerd indien daaraan niet een consulent of therapeut is verbonden die zich met huwelijksproblemen en seksuele stoornissen in engere zin bezighoudt. Men kan de „family planning” niet losmaken van de seksuologie en de psychotherapie.

Over de angst voor zwangerschap zal ik hier niet verder uitweiden, evenmin zal ik spreken over de angst van de ongehuwden, omdat deze niet in het thema van de gezinsproblematiek past. Liever wil ik een en ander te berde brengen over de consequenties van de abortus. De somatische aspecten van dit vraagstuk, die overigens van groot sociaal belang zijn, blijven hier onbesproken. Wij hebben te maken met een volksziekte waaraan wat de profylaxe betreft, zoals helaas moet worden geconstateerd, heel wat minder wordt gedaan dan aan de profylaxe van longkanker, tuberculose, reuma, enzovoort, zulks ondanks het feit dat het aantal patiënten ongetwijfeld aanmerkelijk groter is.

Als psychiater interesseren mij vooral de emotionele consequenties. Daarbij moet worden vooropgesteld dat lang niet iedere vrouw op een geprovoceerde abortus zo dramatisch reageert als de psychiaters wel eens menen. Op grond van de ervaringen met de gelegaliseerde abortus in landen als Rusland, Japan en de volksdemocratieën, alsmede van die met de miljoenen gevallen van illegale abortus in het Westen, mag men de veronderstelling uiten dat de overgrote meerderheid van de vrouwen psychisch weinig schade van de abortus ondervindt, vooral indien deze in de eerste weken van de zwangerschap geschiedt. Vaak krijg ik de indruk dat iedere vorm van schuldgevoel ontbreekt en dat de vrouw die noodgedwongen tot de abortus heeft moeten overgaan, zich tegenover haar eigen vrucht gedraagt alsof het een anonieme tegenstander is, vergelijkbaar met de eveneens als anoniem ervaren vijand die een soldaat op het slagveld uit zelfbehoud heeft moeten neerschieten. Deze verhouding is, en dat is misschien niet eens zo verwonderlijk, gebonden aan een bepaalde tijd, waarin de vrouw haar vrucht beschouwt als een corpus alienum in de letterlijke betekenis van het woord. Pas aan het eind van de vierde maand gaat zij over tot het gebruik van het bezittelijke voor-naamwoord.

Dit alles neemt niet weg, dat men in de psychiatrische praktijk herhaaldelijk gevallen ziet waar funest wordt gereageerd op een geprovoceerde abortus, vooral wanneer het niet bij één is gebleven. Ik kan dit duidelijk maken met een geval, dat ik enkele jaren geleden heb gezien en dat zo extreem is, dat ik niet verwacht zoiets spoedig weer in mijn praktijk tegen te komen.

De vrouw is 43 jaar, de echtgenoot 44, zij zijn 22 jaar getrouwd, er zijn drie bijna volwassen kinderen. De man wordt naar mij verwezen met een nogal uitgebreid verzoek om de indicatie voor een gemotiveerde chirurgische

castratie te stellen. Hij is al behandeld met methyloestronol (Orgasteron) en sedativa, nadat een therapie met diethylstilboestrol (Stilboestrol) is mislukt, omdat er zo'n sterke zwelling van de mammae was ontstaan dat operatief moest worden ingegrepen. De oorzaak van deze zo drastisch behandelde libidostuwung is gelegen in het feit dat zijn vrouw, hoeveel zij ook van hem houdt, sinds enkele jaren, ik citeer: „uit manlijk protest”, geen coitus meer duldt. Een poging haar psychotherapeutisch te beïnvloeden is mislukt. De man zou emotioneel en seksueel zo aan zijn vrouw zijn gebonden, dat een andere partner niet in aanmerking komt. Bovendien is alleen al op grond van zijn geloofsovertuiging overspel voor hem een gruwel. Voor goed begrip van de situatie is nog van belang dat patiënt tweemaal een maagzweer heeft gehad en dat de libidostuwung bij hem heeft geleid tot sociaal riskante consequenties, zoals masochistische, exhibitionistische en transvestitische neigingen, hetgeen ik niet van patiënt zelf, maar van zijn vrouw verneem, die ik toch, met enige moeite, te spreken weet te krijgen. Pas dan hoor ik ook hoe de aversie tegen de coïtus is ontstaan.

Deze blijkt namelijk in het geheel niet primair, maar typisch secundair te zijn: vroeger had zij zelfs met veel plezier gecooïteerd, maar sinds zij op uitdrukkelijke wens van haar man en tegen haar eigen zin, in tien jaar tijd vijfmaal een auto-abortus had moeten plegen, onder zulke slechte omstandigheden dat zij de laatste maal levensgevaarlijk ziek is geweest, was haar protest ontstaan, dat wij allerminst als „manlijk”, maar veel eerder als „vrouwelijk” protest dienen te beschouwen. Want vaag bewust had zich bij haar een identificatie voltrokken tussen coïtus, zwangerschap en abortus, welke laatste voor haar zowel moord op het kind als doodsgevaar voor zichzelf betekende.

Het heeft enige tijd gekost om haar te doen inzien dat haar aversie tegen de coïtus en de hieruit voortvloeiende plannen tot castratie van de echtgenoot een zinvolle reactie waren op alles wat zij had doorgemaakt — de aandrang van de man tot deze operatie kan overigens fraai uit zijn masochistische instelling worden afgeleid — maar tot mijn genoegen kan ik u mededelen, dat wij er uiteindelijk in zijn geslaagd de Orgasteron bij de man te vervangen door Lyndiol bij de vrouw en dat met succes.

Dit ene voorbeeld — maar ik herhaal dat het een zeer extreem voorbeeld is — van de emotionele gevolgen van abortus provocatus, is duidelijk. Gewoonlijk komt het niet zo ver en blijft het bij neurotische syndromen en reactieve depressies. Een vraag die ik in verband hiermede ter discussie zou willen stellen is deze: Is het ook uw ervaring dat, wanneer abortus onder emotioneel zeer ongunstige omstandigheden plaatsvindt, wij dit soort reacties frequenter zien. Bijvoorbeeld, wanneer zoals in ons voorbeeld, de vrouw de abortus zelf niet wil, maar door de man er toe wordt gedreven; wanneer de abortus leidt tot secundaire steriliteit; wanneer de abortus wordt gepleegd tijdens een langdurige verhouding of verloving. Mijn ervaring is namelijk, dat in de laatste gevallen de ingreep vaak het eind van de relatie inluidt, omdat de vrouw de man niet kan vergeven dat hij haar in haar moeilijkste uren, toen zij het rationeel beiden erover eens waren dat het kind niet kon komen, niet heeft gezegd: „En je krijgt het toch en ik trouw met je”.

Thans nog een en ander over wat men de emotionele gevolgen van de tot nu toe gebruikelijke contraceptionele maatregelen en technieken zou kunnen noemen. De studie van de psycho-pathologie van de contraceptie staat nog in de kinderschoenen, niet omdat over dit onderwerp geen li-

teratuur bestaat, maar omdat het grootste aantal van deze publikaties wetenschappelijk waardeloos is. Het zijn veelal polemische geschriften tegen de geboorteregeling, waarin de zogenaamde medische argumenten waarmede de contraceptie wordt verworpen, niet anders zijn dan rationalisaties waaronder diepe weerstanden van levensbeschouwelijke en affectieve aard schuil gaan. In vele gevallen verraadt alleen de titel reeds de emotionele vooringenomenheid van de auteur; niet lang geleden werd door mij een uit het Spaans vertaald boek over de seksualiteit van de vrouw besproken; hierin had de schrijver een geheel hoofdstuk gewijd aan de zogenaamde „frauduleuze vrouwen”.

Serieuzer dan deze literatuur zijn de geschriften van de Duitse seksuologen uit de periode van de Weimarrepubliek. Deze behandelen onder meer de pathologie van de abstinantie en vooral van de coïtus interruptus. Zeer nauwkeurig worden de openlijke en gelaarveerde angstneurotische syndromen beschreven die het gevolg van langdurig doorgevoerde abstinantie en coïtus interruptus kunnen zijn, alsook de neuralgische syndromen die werden waargenomen bij vrouwen wier partners regelmatig coïtus interruptus toepasten. Tegenwoordig denken we iets milder over de coïtus interruptus, die voor vele mensen een bruikbare, effectieve en veelal ook onschadelijke methode is, vooral indien de man erin slaagt, ondanks de onderbreking, de vrouw toch een orgasme te bezorgen.

In de loop van de laatste jaren is onze aandacht, wat de psychopathologie van de contraceptie betreft, sterk verschoven. Wij zijn niet meer geïnteresseerd in de vraag of in een bepaald geval van vaginitis het condoom als causale factor moet worden aangewezen, maar veeleer boeit ons het probleem in hoeverre de attitude van de gebruikers van een bepaalde techniek van invloed is op de effectiviteit ervan. Wij weten tegenwoordig van hoe groot belang het is dat voor een bepaald echtpaar de voor hen enig juiste methodiek wordt uitgezocht, omdat wij hebben ontdekt, dat het succes van elke contraceptieve methode in het individuele geval slechts voor een gering deel afhangt van de technische volmaaktheid van het middel, maar veel meer van de emotionele houding van de vrouw en haar partner.

In de loop van de jaren ben ik ertoe gekomen de zogenaamde effectiviteitsformule op te stellen, die hierop neerkomt dat de effectiviteit van elke contraceptieve techniek gelijk is aan de sterkte van de preventieve attitude — de motivering, de „motivation” van de Angelsaksen — gedeeld door de som van alle remmen:

$$VE = \frac{PrA}{\Sigma R} = \frac{\text{preventieve attitude}}{\text{sigma alle remmen}}$$

De grootte van de factor onder de streep wordt niet alleen bepaald door de houding welke het be-

trokken echtpaar zelf tegen de geboorteregeling in het algemeen en tegenover een bepaalde methodiek in het bijzonder aanneemt; zij wordt mede beïnvloed door het totale emotionele klimaat dat in een bepaald land op een bepaald moment, in een bepaald milieu, ten opzichte van de geboorteregeling bestaat. In ons land was dit klimaat jarenlang vergiftigd en het meest tragische was dat de negatieve attitude van de echtparen in hoge mate werd versterkt door de houding van de arts, die dikwijls als eerste en enige raadsman fungeerde tot wie men zich durfde te wenden.

Ook hier bestaan echter alle redenen om in ons oordeel mild te blijven. Ook artsen zijn mensen. Ook op hen is de regel van toepassing dat niemand in een bepaalde situatie intelligenter kan reageren dan zijn emoties hem toestaan. Artsen hebben dezelfde opvoeding gekregen, of liever niet gekregen, als hun patiënten, hebben dezelfde schuldgevoelens en dezelfde remmingen en hun houding tegenover alle lustvolle aanrakingen van de genitaliën is evenzeer taboe-belast als de houding van degenen die hun hulp zoeken. In een opzicht zijn wij artsen er zelfs slechter aan toe dan zij: evenals onze patiënten hebben wij in onze jeugd over het algemeen onvoldoende seksuele voorlichting gekregen. Ook bij ons zijn de lustvolle uitingen van de kinderseksualiteit door onze opvoeders onderdrukt. Zo beginnen wij onze medische studie slecht geconditioneerd wat de seksuele problematiek betreft. Maar dan herhaalt zich bij onze medische opvoeding hetgeen zich in onze jeugd heeft afgespeeld: de emotionele aspecten van de seksualiteit, speciaal het lustkarakter ervan, worden door onze hoogleraren, onze medische vaders, even systematisch doodgezwegen als dit bij ons thuis het geval was. Daardoor krijgen deze aspecten tijdens de medische studie opnieuw een negatief accent.

Deze dubbel negatieve conditionering verklaart de vaak weinig professionele emotionele reacties die zich in medische kringen telkens voordoen ten aanzien van seksuologische problemen als masturbatie, homoseksualiteit, perversies en dergelijke. Deze situatie is ook jarenlang van invloed geweest op de houding van de artsen ten aanzien van het vraagstuk van de geboorteregeling, niet alleen bij degenen die om levensbeschouwelijke redenen tegenstanders van de contraceptie waren, maar ook bij hen die openlijk in woord, geschrift en daad als voorstanders van „family planning” optraden. Bij deze bondgenoten die ik altijd „partisanen met het slechte geweten” heb genoemd, bestaat een discrepantie tussen het bewuste ego dat modern en progressief is en het supra-ego dat de geboden en verboden van vorige generaties heeft verinnerlijkt.

Men heeft deze sterk negatieve attitudes bij patiënten en artsen wel eens beschouwd als een bewijs dat scheiding van liefde en voortplanting in feite tegennatuurlijk is. Ik kan daar alleen op antwoorden dat onder meer in het groepswerk dat sinds 1947 aan het Dr. Aletta Jacobshuis door ons werd verricht, zowel met onze vrouwelijke cliëntèle als

met medische studenten, kon worden aangetoond dat deze stelling niet juist is. De remmingen zijn affectief te doorbreken, de betrokkenen kunnen van hun pathologische schuldgevoelens worden bevrijd, hetgeen in de praktijk leidt tot een meer positieve instelling ten aanzien van de „family planning” en tot een beter hanteren van de contra-ceptieve methodieken. Het gaat hier dus niet om

een biologische wet, maar om een sociologisch fenomeen dat naar men mag hopen binnen enkele artsengeneraties zal zijn overwonnen. Het feit, dat de wetenschappelijke verlamming op het gebied van de „family planning” met de zegetocht van de pil en de rehabilitatie van het „Intra Uterine Device” (I.U.D.) is doorbroken, lijkt mij in dit opzicht een veelbelovend begin.

Het climacterium*

DOOR PROF. DR. J. JANSSENS TE AMSTERDAM

Inleiding. De generatieve functie is wat de vrouw betreft in eerste instantie gebonden aan het functioneren van het ovarium. Daarin komt het ei tot rijping en daaruit wordt het ei uitgestoten. Het ovarium bevat in de infantiele levensperiode enkele honderdduizenden primordiaalfollikels in een rustend stadium. Tegen de puberteit treden er veranderingen op. Bepaalde primordiaalfollikels komen tot ontwikkeling, al is deze ontwikkeling voorlopig nog geen volledige. Het is instructief eerst de volledige ontwikkeling — zoals deze in de fertiele levensperiode optreedt — kort te schetsen en pas daarna de bovengenoemde onvolledige.

Die volledige ontwikkeling verloopt als volgt: primordiaalfollikel; woekering van de follikelepitheelcellen tot membrana granulosa; ontstaan van verweking van de snel groeiende cellen; follikelvochtvorming en het zich afzonderen van de met een laag van granulosacellen omgeven eicel (samen cumulus oophorus en discus proliferus vormend); vorming van de theca externa en theca interna; ingroei van een bloedvat (onder invloed van in het ovarium geproduceerd testosteron) vanuit de granulosacellaag in de cumulus oophorus; barsting van dit bloedvat; afscheuring van de cumulus oophorus van de onderlaag; verhoging van de follikelspanning waardoor barsting van de follikel, eisprong en corpus rubrumvorming; ingroei van granulosa- en theca interna-cellen in het corpus rubrum (deze zijn polyonaal en bevatten lipoiden en gele kleurstof, de gewoekerde cellen nemen een guirlandevorm aan); corpus luteumvorming; te gronde gaan van het corpus luteum en corpus albicansvorming als er geen bevruchting is opgetreden *afbeelding A*.

Naast deze volledige is er ook een onvolledige ontwikkeling van de primordiale follikel. Deze vindt vooral plaats in de puberteit, verder in het climacterium en ten dele ook postmenopauzaal. Daarbij is er sprake van abortieve (atretische) of anovulatoire follikelrijping. Bij de vorming van zogenaamde atretische follikels bestaat er een zeer

sterk uitgesproken onvolledige rijping; de eicel sterft af voordat het tot ovulatie komt; de granulosa wordt afgestoten en geresorbeerd; er ontstaat daarbij een holte, die wordt opgevuld met theca interna weefsel; ook hieruit ontstaat tenslotte een corpus albicans.

Bij anovulatoire follikelrijping is er sprake van een ontwikkeling van de primordiale follikel zoals normaliter het geval pleegt te zijn, behalve dat er geen barsting en dus geen ovulatie optreedt en dat de ontwikkeling na de veertiende dag korte of lange tijd voortgaat. Heeft een dergelijke follikel de normale „levensduur” van een maand en is er sprake van een in alle opzichten normaal bloedingsverloop op het wegvallen van de erdoor geproduceerde hormonen, dan noemen wij dat een anovulatoire bloeding (schijnbare eumenorroe gevend); de cyclus wordt in dit geval een anovulatoire cyclus genoemd. Blijft een dergelijke follikel langer dan een maand bestaan, dan spreekt men van folliculus persistensvorming. De hierbij optredende veelal ernstige en langdurige bloedingen worden functionele metrorragieën door folliculus persistens genoemd.

Nauw verbonden met de zich in het ovarium afspelende processen van de ontwikkeling van de follikel, ontstaan er ook specifieke veranderingen in het uteruslijmvlies. Gedurende de fase van ontwikkeling van primordiale tot barstende follikel wordt in het ovarium door theca- en granulosacellen een hormoon geproduceerd namelijk oestradiol, dat evenals sommige van de eruit ontstane metaboliëten onder andere invloed heeft op vele organen, die tezamen de secundaire en tertiaire geslachtskenmerken bepalen. In het kader van dit betoog zullen wij ons uitsluitend beperken tot de invloed op de uterus.

Oestrogene stoffen — oestradiol en metaboliëten — geven vermeerdering van de uterusspiervezel-massa en veranderen de uterus van infantiel tot volwassen; het slijmvlies ondergaat de meest eclatante verandering. Indien men uitgaat van de situatie zoals deze direct na de menstruatie is (afstoting van het uteruslijmvlies) dan verloopt de

* Op schrift gestelde les voor huisartsen.