

optraden en de klachten direct na het aanleggen van het ranselverband ontstonden. Dit verband heeft hier dus een neurovasculair compressie-syndroom doen ontstaan.

Het leek mij nuttig deze waarneming toe te voegen aan de door de schrijvers beschreven complicaties bij claviculafracturen.

Literatuur: ACKER, R. E. H. VAN, J. N. KEEMAN en J. M. GREEP (1974) Complicaties bij claviculafracturen. *Ned. T. Geneesk.* 118, 613. — OP DE COUL, A. A. W. (1970) *De atrofie van de kleine handspieren*. Proefschrift Amsterdam.

Eindhoven, mei 1974

A. A. W. OP DE COUL

Zelfmoord(poging) en geneesmiddelen

Van september 1971 tot september 1972 ontving de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid ongeveer 1000 opgaven omtrent zelfmoord en ongeveer 4000 omtrent pogingen daartoe. Voor zover deze gegevens op geneesmiddelen betrekking hadden, waren ze moeilijk te interpreteren, want de vraagstelling was daar niet speciaal op gericht geweest. Desondanks konden de volgende conclusies worden getrokken:

1. Zelfmoorden worden in 25% van de gevallen met geneesmiddelen gepleegd, zelfmoordpogingen in 75%.

2. Van de geneesmiddelen worden de sedativa en hypnotica het meest gebruikt, zowel voor de zelfmoord als voor de zelfmoordpoging (respectievelijk 82 en 56% van degenen die daartoe van geneesmiddelen gebruik maakten). Van de zelfmoordenaars die een slaapmiddel gebruikten, had de helft Vesparax ingenomen (en werd dit als doodsoorzaak opgegeven) tegenover een kwart van de zelfmoordpogers. Nitrazepam (Mogadon) werd in geen enkel geval als doodsoorzaak opgegeven.

Het valt derhalve misschien te overwegen in die gevallen waarin men toch Vesparax wenst voor te schrijven, na te gaan of ook met een zetje het gewenste resultaat is te bereiken. Overdosering van Vesparax met zetje is onmogelijk.

3. Indien voor een zelfmoord of zelfmoordpoging een geneesmiddel wordt gebruikt, betreft dit in 95% van de gevallen een psychopharmakon (inclusief de slaapmiddelen) of een analgeticum. Overige, ook op grote schaal voorgeschreven geneesmiddelen, komen in het onderzoek nauwelijks voor.

4. Sedert de omschakeling van stads- op aardgas, worden blijkens de statistiek van het CBS veel vaker vergiften voor zelfmoord(poging)en gebruikt dan voordien. Dit wijst erop dat men voor dit doel naar vervangende middelen zoekt en deze ook altijd wel weet te vinden. Het lijkt ons voor de suïcide-preventie dan ook weinig zin te hebben door strengere maatregelen het gebruik van speciaal „geliefde” geneesmiddelen tegen te gaan.

Noordwijkerhout, mei 1974
St. Bavo

P. V. DOORNE, *apotheker*

Leidschendam,
Geneeskundige Hoofdinspectie
Geestelijke Volksgezondheid

A. C. DE GRAAF, *sociologe*

Een medisch-sociologisch onderzoek naar gezondheidstorende sociale factoren

AAKSTER (1974) heeft in zijn weerwoord geen antwoord gegeven op twee bezwaren die ik (1974) tegen zijn stukken heb aangevoerd, nl. (a) dat zijn ziektemodel een platitude is, en (b) dat hij ons geen verslag uitbrengt van zijn resultaten. Ik blijf dan ook bij mijn mening dat deze stukken nooit in dit tijdschrift gepubliceerd hadden moeten worden. Hiermee is niets persoonlijks tegen AAKSTER bedoeld. Integendeel, de sociologie als geheel en dus ook de medische sociologie, bevindt zich nog in een voorwetenschappelijk stadium, op een peil van ontwikkeling dat enige gelijkenis vertoont met dat van de geneeskunde tweehonderd jaar geleden, en dat gekenmerkt werd door grote onmacht en grote pretenties. Sir ISAIAH BERLIN (1974), president van het Wolfson College in Oxford, zei het onlangs als volgt: „De sociologie heeft nog niet één generalisatie opgeleverd, waarvan men zelfs maar kan zeggen dat zij belangrijk genoeg is om er de geldigheid van te onderzoeken. De sociologen blijven steken in het vage streven naar Menschenverbesserung en dat dan nog verpakt in afschuwelijk taalgebruik. Als zij de kamer binnenkomen, doen ze me denken aan mannen in diepzeeduikerspakken, vreemd en indrukwekkend, maar als je goed luistert naar wat ze tegen elkaar zeggen, dan is het óf onzin óf het zijn verstandige, weinig opzienbarende gedachten, zoals we die allemaal in de conversatie wel eens hebben, maar dan aangestast door hun quasi natuurwetenschappelijke jargon...”

Toch blijf ik geloven, dat er wetenschappelijke sociologen bestaan. Dat moeten dat sociologen zijn die zich van de onvermijdelijke onwetenschappelijkheid van hun vak bewust zijn en die nog andere zelfstandige naamwoorden kennen dan „structuur”, „aanpak” en „model”. Zij gebruiken niet altijd „met betrekking tot” als ze met bedoelen of „ten aanzien van” in plaats van voor. Zulke sociologen zouden een belangwekkende bijdrage aan de ontwikkeling van de geneeskunst kunnen leveren en met hen moet er zinnig te discussiëren zijn.

Literatuur: AAKSTER, C. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 595. — BERLIN, I. (1974) Interview met K. L. POLL. *NRC-Handelsblad*, 19 april 1974. — SLUIS, I. VAN DER (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 597.

Amsterdam, april 1974

I. VAN DER SLUIS

In zijn eerste schrijven citeert VAN DER SLUIS (1974) de door mij voorgestelde definitie van ziekte. Hij zegt dan dat ik dit een model zou noemen, hetwelk ik aan de lezers van dit tijdschrift ter toetsing zou voorleggen. Een en ander doet hem spreken van een platitude: VAN DER SLUIS blijkt evenwel onjuist gelezen te hebben. Op bl. 198 geef ik de definitie van ziekte. Pas 70 regels later komt de lezer voor het eerst het woord „model” tegen, en wel in een nieuwe paragraaf, getiteld „Enkele implicaties van deze beschouwingen”, in een zinsdeel aanvangende met de woorden „Het bovenstaande is een poging tot theorie-vorming”. Het is duidelijk dat de woorden „het bovenstaande” dan niet alleen slaan op de definitie „het ontstaan van ziekte”, welke paragraaf als zodanig weer de neerslag vormt van het gehele voorafgaande artikel. Ik leg aan de lezers dus wel degelijk een *model* voor ter toetsing. De kwalificatie „platitude” is hier dan ook geheel misplaatst. VAN DER SLUIS betreurt het dat de redactie

mijn artikelen „die niet aan elementaire wetenschappelijke eisen voldoen” heeft geaccepteerd. Mag ik, bij zo'n scherpe veroordeling, wél verwachten dat men leest wat er staat? Voorts schrijft VAN DER SLUIS (1974) in zijn ingezonden dat ik geen verslag zou uitbrengen van mijn resultaten. Dit lijkt mij geen juiste constatering. In mijn tweede artikel beschrijf ik op bl. 200 (zij het summier) de wijze van selectie van de variabelen, de gebezigde meetmethode, de steekproef, de factor-analyse en de validering van de factorscores. Op bl. 201 worden de frequenties vermeld van gevonden psycho-sociale stresses en van gezondheidsstoornissen; op bl. 202 beschrijf ik de gevolgde methodiek voor het analyseren van de onderlinge verbanden tussen psychosociale stress en gezondheidsstoornissen: produkt-moment-correlaties, partiële correlaties en meer-ingang-kruistabellen. Voor de methodisch geïnteresseerde lezer is op bl. 200 verwezen naar de originele tekst, mijn proefschrift, en naar de met STOUTHARD gevoerde discussie in het tijdschrift *Sociale Wetenschappen*. Men kan toch in alle redelijkheid niet verwachten dat ik in dit tijdschrift even uitvoerig op de diverse problemen inga als in mijn proefschrift.

VAN DER SLUIS vervolgt dan met een citaat van BERLIN. Aan de hand van dit citaat van een mij volstrekt onbekende autoriteit (?) op het gebied van de sociologie probeert VAN DER SLUIS te bewijzen dat de sociologie maar een waardeloos vak is, zwelgend van het jargon en de Weltanschauung. Het citaat maakt duidelijk dat VAN DER SLUIS (maar hij niet alleen) kennelijk niet weet wat sociologie is. Het belet hem evenwel niet een (voor-)oordeel te vellen over de sociologie. Op deze wijze komen wij niet veel verder. Ik zal geen moeite doen, met woorden dit vooroordeel te weerleggen. Geef ons echter de kans om te laten zien wat we kunnen, en het resultaat zal over het algemeen niet tegenvallen.

Literatuur: SLUIS, I. VAN DER (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 596.

Aan Prof. LADEE (1974) zou ik gaarne het volgende antwoorden: LADEE bestrijdt mijn conclusie dat onze huidige maatschappij een sterk pathogeen milieu vormt voor de mens, en wel op de volgende gronden:

- (1) onjuist gebruik van de term „pathogeen”;
- (2) in de door mij bedoelde zin kan men iedere samenleving wel pathogeen noemen;
- (3) de belangrijkste bijdrage aan de pathogenese wordt geleverd door factoren in de individu, met name zijn dispositie (aangeboren en verworven);
- (4) de individuele dispositie is slechts zeer ten dele rechtstreeks afhankelijk van de grote maatschappij.

Ik moge daarop het volgende antwoorden:

Ad. 1. Ik heb niets anders willen zeggen dan dat volgens mij in onze samenleving zoveel ziekteverwekkende, althans gezondheidbelemmerende factoren ingebakken zitten (tot uitdrukking komende in het grote aantal personen dat aan geeft de symptómen daarvan te hebben) dat we gerechtvaardigd zijn, te spreken van een „ziekmakende maatschappij”. Ik meen dat het woord „pathogeen” hier in principe niet onjuist is gebruikt. Wel heb ik het begrip toegepast op een groter milieu (de samenleving) dan in de geneeskunde te doen gebruikelijk is, en heb ik het bovendien toegepast op een categorie verschijnselen (symptomen van dysfunctioneren) waar de geneeskunde dat doorgaans niet doet (men richt zich veeleer op „full grown clinical pathology”). De term „pathogeen” verandert daardoor als zodanig echter niet van betekenis.

Ad 2. Dit is een stelling waarvan het alleen reeds op logische gronden moeilijk zal zijn haar te handhaven; immers, ze veronderstelt dat *alle* samenlevingen (of een representatieve steekproef daaruit) bestudeerd zijn. Ten tweede lijkt het me onjuist, te verwachten dat, als alle samenlevingen in deze zin pathogeen zouden zijn, er *dus* minder urgentie zou zijn om het grote aantal personen dat lijdt onder stress, adequaat te helpen. Wij zeggen toch ook niet dat we in Nederland de tbc niet meer zouden hoeven te bestrijden, althans bewaken, omdat deze ziekte in andere samenlevingen in veel hogere frequentie voorkomt? Ten derde is het m.i. voor een ieder duidelijk dat er nog *nooit* een samenleving is geweest met een dermate snelle (en nog steeds in snelheid toenemende, zie TOFFLER 1971) mate van verandering als de onze; met een dergelijke opeenhoping van mensenmassa's in grote stedelijke centra; met een dergelijke sterke afhankelijkheid van de techniek; met een dergelijke overdaad aan luxe consumptie-artikelen, schaalvergroting, massale vervuiling van het milieu, verkwisting van schaarse grondstoffen, grote vernietigingskracht van wapenen, hoog aantal verkeersslachtoffers, geïndustrialiseerde hoogbouw-woningen enz. Ik weet wel, daar staan een aantal voordelen tegenover van de moderne welvaartsstaat; ik wil mij ook niet bezondigen aan een nostalgisch verlangen naar het romantische, gemeenschafelijke verleden. Maar waarom is LADEE toch zo allergisch voor mijn heel voorzichtig (en niet-dogmatisch!) geformuleerde maatschappijkritiek?

Ad 3 en 4. Ik waag te betwijfelen of LADEE dit wel juist ziet. Uit de ontwikkelingspsychologie en de studie van het socialisatieproces, alsook uit de vergelijkende culturele antropologie is de grote mate van beïnvloeding naar voren gekomen van cultuur en maatschappelijke structuur op de vorming van de individuele disposities. Mij dunkt dat polemieken daarover tot het verleden zouden kunnen behoren. Het is ook duidelijk geworden uit allerlei sociologisch en sociaal-geneeskundig onderzoek dat behalve factoren in het materiële ook die in het immateriële milieu in belangrijke mate de condities bepalen voor het bereiken van een optimale gezondheid. Met betrekking tot de condities die tot infectieziekten en tot de terugdringing daarvan leidden, is m.i. de studie van VERDOORN (1965) een uitstekende illustratie.

Voor wat betreft de invloed van de maatschappij op het gezin (en daarmee op de individu, een invloed die LADEE wél erkent) moge ik ter illustratie op het volgende wijzen:

(1) De wijze van partnersselectie is duidelijk veranderd t.o.v. vroeger; de partners worden geselecteerd uit een ruimer en daardoor heterogener sociaal milieu en de stabiliserende invloed van de ouders op deze keuze is verminderd; beide factoren vergroten de kans op niet-harmoniërende persoonlijkheden van de huwelijkspartners (het onder punt 2 genoemde in aanmerking nemende).

(2) Het gezin heeft een aantal vroegere functies (voedselbereiding, zorg voor zieken en bejaarden, religieus leven enz.) afgestoten, waardoor de kernfuncties (emotionele bevrediging, opvoeding van de kinderen) meer bloot kwamen te liggen, met daarbij sterkere emoties en frustraties als deze kernfuncties niet of niet goed vervuld worden.

(3) Veel partners gaan het huwelijk in met een „romantic love complex”, vooral geïnduceerd door dames-bladen-romantiek enz. De praktijk van het samenleven blijkt echter vaak tegen te vallen.

(4) Allerlei normen over goed en kwaad enz. veranderen; ook wisselen de „opvoedkundige scholen” elkaar met de regelmaat van de klok af. Veel opvoeders komen daardoor