

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, gemeenschaptliche 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

in onzekerheid over wat zij wel of niet moeten tolereren in het gedrag van hun kinderen, over het al dan niet gewenst zijn van bepaalde doelstrevingen enz.

(5) De maatschappij vraagt van de doorsnee kostwinner een competitief, op carrière-maken gerichte instelling; de druk van dit streven en de met de „rat-race” gepaard gaande frustraties, brengt de man mee naar huis waar ze vaak worden afgereageerd.

(6) Door emancipatie-bewegingen onder het vrouwelijk volksdeel wordt de doorgaans jonge moeder in een conflict-situatie geplaatst: enerzijds wordt van haar verwacht dat zij een goede moeder en echtgenote is, anderzijds wordt ook verwacht dat ze maatschappelijk actief blijft.

(7) Onze huidige bouwwijze werkt in veel opzichten belemmerend op het tot ontwikkeling komen van essentiële gezinsfuncties (gemeenschapsrelaties met onderling hulpbetoon bij ziekte en tegenslag; spelontwikkeling van het kind, vrije-tijdsbesteding enz.).

Dit is slechts een greep uit enkele van de wijzen waarop de maatschappij het gezinsleven kan beïnvloeden. Het is naïef, te veronderstellen dat een scherpe grens te trekken zou zijn tussen maatschappij enerzijds en het gezin c.q. de individuele mens anderzijds.

LADEES opmerkingen inzake het door mij veronderstelde intrinsieke verband tussen gezondheid en gelukkig zijn (op grond van de mate van gerealiseerde individuele aanpassing) kunnen mij evenmin overtuigen. Ik meen mij, wat mijn opvattingen over gezondheid betreft, in goed gezelschap te bevinden. Waarom dan van „schrijftafel-filosofie” gesproken en geschreven dat mijn opvatting „bepaald niet kan berusten op de algemene ervaring expliciet van iedere arts en impliciet van het gros der mensen”?

M.i. bestaat er juist een grote diversiteit van opvattingen onder artsen over het begrip gezondheid, en is helemaal niet bekend hoe „het gros der mensen” impliciet over gezondheid denkt. Wel lijkt mij het vermoeden gerechtvaardigd dat „het gros der mensen” meer verwacht van de geneeskunde dan alleen maar een lichamelijke ziektebestrijding. Waarom is dan mijn visie „gevaarlijk en misleidend”? Voor wie gevaarlijk? Voor de (potentiële) patiënt, of misschien voor het vigerende denkmodel in de geneeskunde?

Ik hoop met deze opmerkingen te hebben bijgedragen tot een beter begrip van mijn opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg. Ik heb echter de indruk dat nog tamelijk veel artsen dat soort opvattingen als bedreigend ervaren en dat een groot deel van de negatieve emoties die ik kennelijk met mijn twee artikelen heb opgeroepen, tegen deze achtergrond moet worden gezien. Uiteindelijk zouden echter de criteria voor het al dan niet accepteren van deze opvattingen (die zeker niet exclusief de mijne zijn, maar meer „de geest des tijds” weerspiegelen) rationeel en niet emotioneel van aard moeten zijn.

*Literatuur:* AAKSTER, C. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 194, 199, 600. — LADEE, G. A. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 192, 600. — TOFFLER, A. (1971) *Future shock*. Bantam Books. — VERDOORN, J. A. (1965) *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling*. Aula, Utrecht.

Leiden, mei 1974

C. W. AAKSTER

AAKSTER (1974) kreeg veel respons op zijn medisch-sociologische beschouwingen, maar zijn opponenten gaan m.i. nog aan veel voorbij. Het is niet verantwoord de methodologie maar grotendeels over te slaan. Grondbegrippen zoals

„variabele” blijven dan in de lucht hangen, zodat we niet weten wat AAKSTER denkt te meten: gaat het wel over empirische en independente variabelen? En wat is dan een essentiële variabele (bl. 196)? Hoe staat het met de validiteit van de operationalisering van zo een „variabele” als „aanzien”? Dezelfde vraag geldt — en dat is voor ons medici belangrijker — voor de operationalisering van een vragenlijstdiagnose, zoals „diabetes” en voor een klinische diagnose. Correlaties tussen twee onbetrouwbare diagnoses zijn n.l. niet interessant meer. Wat de analyse betreft, maakt AAKSTER geen onderscheid tussen factor- en clusteranalyse, maar zijn collega CASSEE (1973) doet dit wel (bl. 200). Bij het correlatie-onderzoek is er m.i. nog een fout in geslopen: de „doktersdiagnose” is tot stand gekomen mede door de doktersvragenlijst of te wel de anamnese. Daardoor alleen al kan er een positieve correlatie ontstaan. Zo lijken de cijfers van tabel 1 op bladzijde 201 ons weinig meer te zeggen. Wat tabel 2 betreft: in hoeverre is de onderlinge (on)afhankelijkheid van deze als stress ingevoerde „variabele” onderzocht?

De definitie van stress op bl. 197 is „stressor”. „Strain” geeft de abnormale spanningstoestand weer. Maar op bl. 200 staat „wanneer is een afwijking zo groot, dat we van een stresssituatie mogen spreken?” Hier is m.i. niet alleen sprake van inconsistent woordgebruik, maar ook van cirkeldefinitie of petitio principii want waar slaat „afwijkingen” op? Op „ziekte” of op afwijking-van-de-gemiddelde-stress?

Op bl. 598 worden de verbale en nonverbale informatie genoemd, die de patiënt uitzendt; in principe gelijkberechtigd, akkoord. Maar toch zijn er verschillende interpretatiekaders voor nodig en de betrouwbaarheid is verschillend. Bovendien is de verbale betrouwbaarheid variabel, zowel inter- als intra-individueel.

Het invoeren van een systeemtheorie in het medisch denken betekent formaliseren van gangbare antropologische modellen. Daar is geen enkel bezwaar tegen, in tegendeel, mits echter de ideologische subjectieve oordelen van een schrijver niet als structurele elementen van een nieuw model worden gezien, laat staan als logisch noodzakelijk. LADEE is al over AAKSTERS postulaat van de intrinsieke verbondenheid van geluk en gezondheid gevallen. De discussie hierover is m.i. nog lang niet uitgeput; evenmin als die over de pathogeniteit van de sociale milieus. Maar hierop zal ik nu niet ingaan. Een tweede ideologische stelling van AAKSTER betreft diens monadologische, liberale hedonisme. Ook deze dient los gezien te worden van systeemtheorie enerzijds en van empirisch-sociologisch onderzoek anderzijds.

*Literatuur:* AAKSTER, C. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 194, 199, 595. — CASSEE, E. TH. (1973) *Naar de dokter*. Boom, Meppel.

Beyerwijk, april 1974

J. H. VAN MEURS

Er zijn inderdaad nog een aantal problematische zaken blijven liggen, ondanks de vele antwoorden op vragen die ik reeds gaf. Steeds sterker krijg ik echter het gevoel dat bij diverse commentaren behoefte bestaat aan een uitvoeriger antwoord op de vraag hoe ik aan mijn gegevens kom en wat mijn methode waard is. Ik zal daarom pogen in het kort nog iets te zeggen over de door mij gevolgde methode. Ik zal daarbij echter niet kunnen aansluiten op reeds aanwezige kennis van de in de sociale wetenschappen gebruikelijke methoden; over de waarde daarvan en de scrupuleuze wijze waarop zij de doorgaans worden toegepast, bestaan in de geneeskunde nog veel misverstanden.