

Op het gebied van adoptie zijn de instituten van steeds groter belang geworden. In 1948-49 werden 1952 kinderen geadopteerd. Er zijn te weinig kinderen om aan alle aanvragen te voldoen. Gemiddeld telt men drie aspirant-pleegouder-echtparen tegen één beschikbaar kind. Het kind dat door een moeder voor adoptie wordt beschikbaar gesteld, gaat niet rechtstreeks naar de toekomstige pleegouders, maar het wordt eerst gedurende enige tijd in een inrichting verpleegd, zodat de natuurlijke moeder de tijd heeft om, tijdens de afwezigheid van het kind, haar besluit om afstand ervan te doen te herzien, zonder in conflict met de pleegouders te komen. In de inrichting is men ook in de gelegenheid het kind te observeren, te beoordelen of het wel gezond is, en of het in het algemeen wel geschikt is om te worden geadopteerd. Bij de beoordeling van de verschillende gevallen van adoptie wordt in de eerste plaats op de belangen van het kind gelet.

*Literatuur:* J. D. B. ANDREWS (1953) *Lancet* **265**, 1139.

M. M. HILFMAN

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



### WET GENEESKUNDIGE EN TANDHEELKUNDIGE VOORZIENING VOOR DE BURGERBEVOLKING

Bij Koninklijk Besluit van 31 December 1951 (*Stbl.* No. 607) was de werking van de in artikel 10 van bovengenoemde Wet bedoelde artikelen voor de tijd van twee jaar verlengd; deze zal op 25 Februari a.s. eindigen.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal geen stappen ondernemen om de werking van deze Wet te verlengen, hetgeen dus betekent dat na 25 Februari 1954 geen toestemming van mij meer nodig zal zijn voor artsen en tandartsen die zich willen vestigen, terwijl ook aanwijzingen van mij voor verplichte waarneming niet meer zullen kunnen worden uitgegeven.

's-Gravenhage, 23 Januari 1954

C. BANNING,  
*Geneeskundig Hoofdinspecteur  
van de Volksgezondheid*

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten*



### DE SPECIFICITEIT IN DE PSYCHOSOMATISCHE GENEESKUNDE

Het artikel van STOKVIS<sup>1</sup> geeft de ondergetekenden, respectievelijk psychiater en psycholoog van de Amsterdamse Psychosomatische Werkgroep, aanleiding tot enkele opmerkingen.

Stokvis heeft een onvolledige definitie gegeven van het begrip psychosomatische specificiteit. De auteurs worden eenzijdig geciteerd, bij voorbeeld over „het uit de Amerikaanse literatuur bekende onderscheid van het „typische” asthma-conflict (sexuele noodtoestand)” wordt niet alleen de Amerikaanse maar het overgrote deel der asthma-literatuur (ook de Nederlandse) onvolledig weergegeven. De bezwaren tegen de specificiteit worden gestaafd door een psychologisch onderzoek, waarbij auteurs, wier test-resultaten steun verlenen aan de hypothese van de psychosomatische specificiteit, bij voorbeeld BOOTH<sup>2</sup>, HECHT<sup>3</sup> en PRINCE<sup>4</sup>, niet worden vermeld.

De psychologisch geschoolde lezer kan het niet eens zijn met de wijze waarop STOKVIS zijn test-resultaten interpreteert om tot een verwerping van de bewuste hypothese te komen. Om slechts enkele punten te noemen:

De schrijver vermeldt dat hij een duidelijke overeenkomst vindt tussen het Rorschach-beeld van zijn psychosomatische patiënten en dat van psychoneurotici zoals dat door MIALE en HARROWER-ERICKSON<sup>5</sup> e.a. is beschreven. Hij vermeldt niet, dat van de 9 door genoemde auteurs gevonden neurose-kenmerken, hij er eigenlijk slechts 3 uit zijn materiaal naar voren haalt, namelijk FM > M, C- en Sh-shocks. Ook niet, dat HARROWER-ERICKSON<sup>6</sup> meent, dat er op zijn minst 5 dergelijke kenmerken moeten zijn, opdat men een patiënt met vol-

doende mate van zekerheid als neuroticus kan bestempelen. Ook vertelt hij niet, dat het verschijnsel van de C-shock door recente validatie-onderzoekingen (ALLEN<sup>7</sup> en anderen) van twijfelachtige waarde moet worden geacht. En al evenmin vermeldt de schrijver, dat wanneer hij meestal  $F\% < 50\%$  vindt, dit juist in tegenspraak is met alle Rorschach-literatuur betreffende psychoneurotici (ook van MIALE en HARROWER-ERICKSON).

„Aan het Szondi-beeld hechten wij in ons Centrum grote waarde”, schrijft STOKVIS. Maar zonder verdere argumentatie is daarmee de objectieve betrouwbaarheid van het onderzoek volgens Szondi, dat dringend validatie-onderzoek nodig heeft, niet bewezen. Dit in het bijzonder niet, omdat de verschillen die STOKVIS tussen de Szondi-profielen van asthma- en migraine-patiënten heeft gevonden, weinig kunnen overeenkomen met die van SZONDI zelf. Deze neemt in zijn boek<sup>8</sup> namelijk een aantal profielen op van asthma- en migraine-patiënten, waarbij de profielen van de migraine-patiënten van SZONDI een merkwaardige overeenkomst tonen met die van de asthma-patiënten van STOKVIS.

Hieraan moeten wij de restrictie toevoegen: voorzover dit uit het artikel van STOKVIS is na te gaan. Want ons grootste bezwaar tegen de wijze waarop dit verslag over het psychologische onderzoek is uitgebracht, is wel de onmogelijkheid voor de lezer om een duidelijk inzicht te krijgen in de aard der patiënten die zijn onderzocht en in wat precies de bevindingen zijn. Een 90-tal patiënten is onderzocht. Hoe zijn de diagnoses onderverdeeld? Zijn deze patiënten studenten? Anders kan een zo geselecteerde groep als studenten toch moeilijk als normale contrôlegroep dienen. Of waren het recruta's? (de andere contrôle-groep). Hoe is de leeftijdsverdeling en de geslachtsverdeling der patiënten? En wat betekent: „Zeer dikwijls” en „soms” als maatstaf voor de frequentie van een bevinding?

De hypothese van de psychosomatische specificiteit staat op het ogenblik in het centrum der belangstelling. Correlatie van de inzichten en werkresultaten van verschillende psychosomatische centra is noodzakelijk. Zonder overzichtelijke weergave van het materiaal, waarop de onderzoekingen zijn gebaseerd, en zonder statistische bewerking van de resultaten is een objectieve interpretatie onmogelijk. Slechts wanneer aan deze voorwaarde is voldaan, mag een psychologisch test-onderzoek worden gebruikt om een hypothese te toetsen.

*Literatuur:* <sup>1</sup>B. STOKVIS (1953) *N.T.v.G.* **97**, 3045. <sup>2</sup>G. C. BOOTH (1946) *Psychom. Med.* **6**, 367. <sup>3</sup>I. HECHT (1952) *J. clin. Psychol.* **8**, 262. <sup>4</sup>S. D. PRINCE (1949) Ph. D. Thesis, Univ. of So. Calif. <sup>5</sup>F. R. MIALE en M. R. HARROWER-ERICKSON (1940) *Rorschach research exchange* **4**, 71. <sup>6</sup>M. R. HARROWER-ERICKSON (1942) *Rorschach research exchange* **6**, 109. <sup>7</sup>R. M. ALLEN, S. H. MANNE en M. STIFF (1951) *J. projective Techniques* **15**, 235. <sup>8</sup>L. SZONDI (1952) *Triebpathologie*. Bern, bl. 497.

Amsterdam, 19 December 1953

I. BASTIAANS  
I. T. BARENDREGT

In het Leidse Psychosomatische Centrum heeft het actuele begrip van de psychosomatische specificiteit zich toegespitst tot de vraag of bij bepaalde psychosomatische aandoeningen een bepaalde persoonlijkheidsstructuur behoort, en of bepaalde conflictsituaties hierop inwerken. In de *Grondslagen der Klinische Psychosomatiek* vermeldt de Amsterdamse Psychosomatische Werkgroep: „Onder psychosomatische specificiteit verstaan wij de opvatting, dat psychische processen niet alleen aanleiding kunnen geven tot lichamelijke gevolgt toestanden, doch dat deze samenhang specifiek is in dien zin, dat bepaalde psychische ziekte-oorzaken verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van bepaalde lichamelijke ziekten”. De door ons gebruikte formulering komt ons vollediger voor, en leent zich beter als uitgangspunt van onderzoek naar de psychische determinanten, de dynamisch beschouwde persoonlijkheidsstructuur en de hoe-beleving van de patiënt. „Eigenlijk is psychosomatische specificiteit slechts de overbrenging in de psychosomatiek van een begrip, dat wij in de „organische” geneeskunde reeds lang hebben geaccepteerd, nl. van het bestaan van een specifiek verband tussen ziekteverwekkende oorzaak en gevolg”, zo verluidt het iets verder. Tegen deze opvatting van de psychosomatische specificiteit bestaan in het Leidse Centrum ernstige bezwaren: men kan niet het causaliteitsprincipe van de physische processen in het psychische overnemen, zonder zich daarbij aan een zeer bepaalde wereldbeschouwing vast te leggen. A fortiori geldt dit voor een uitspraak zoals „the connection between psychic stress and disease seems, therefore, to be as specific as, for instance, that between a bacterium and the disease it causes”<sup>6</sup>. En dan volgt de bekende vergelijking, die het Amsterdamse Centrum maakt tussen de psychosomatische specificiteit en het specifieke verschil in uitwerking tussen de typhusbacil en

de tuberkelbacil, zulks in navolging van WEISS en ENGLISH<sup>18</sup> (1943). Dit klinkt ons alles te „organisch” in de oren en niet ingepast in de beschouwingwijze van de beoefenaar van de geesteswetenschappen, die liever van een multi-conditionaliteit te dien opzichte spreekt. Onze opvattingen hieromtrent sluiten nauw aan bij die van de Werkgroep van PRICK en VAN DER LOO en bij die van LINDEBOOM en VAN BALEN. Voorlopig zien wij geen aanleiding de door BASTIAANS en BARENDREGT gewraakte definitie te herzien.

Het verwijt van eenzijdige citering van auteurs moet op een vergissing berusten. Ten aanzien van het door de inzenders als voorbeeld genoemde asthmaprobleem in het bedoelde artikel is door mij *geen enkele* schrijver genoemd, om de eenvoudige reden, dat dit als paradigma genoemde detail in het kader van het betoog geen bespreking toeliet. De uitspraak dat „niet alleen de Amerikaanse, maar het overgrote deel der asthma-literatuur (ook de Nederlandse) onvolledig is weergegeven”, mist haar zakelijke gronden.

In ons Leids Centrum is ons bij asthmalijsers het sexuele conflict met zijn achtergronden, gelijk dit uit de Amerikaanse literatuur bekend is, opgemerkt, en daarom heb ik het vermeld. Zulks is blijkbaar niet de ervaring van het Amsterdamse Centrum<sup>5</sup>. Om het artikel nog te belasten met enig literatuuroverzicht van een detailquaestie, te weten, door andere onderzoekers gevonden conflicten bij asthma, bestond geen aanleiding. Het is dan ook niet geheel duidelijk, waartoe het nodig moest zijn de psychosomatische asthma-literatuur te vermelden. Deze zal in een thans bij ons in bewerking zijnde studie over asthma te zijner tijd worden gerefereerd.

De inzenders noemen als tweede (en laatste) voorbeeld van onvolledig citeren het feit, dat auteurs, wier testresultaten steun verlenen aan de hypothese van de psychosomatische specificiteit, niet worden vermeld. Opnieuw doorlezen van het bedoelde artikel zal de inzenders leren, dat er in dit voor artsen geschreven artikel noch psychologen genoemd zijn ter staving van de specificiteitshypothese, noch psychologen om deze tegen te spreken! Hier zou een lawine van auteurs de toch reeds lijvige literatuurlijst kunnen belasten.

De onderzoeken van BOOTH, HECHT en PRINCE zijn dus ook niet vermeld; waarom noemen de inzenders hier niet tevens WELLISCH<sup>19</sup> en SEREBRINSKY<sup>14</sup>!

In hun apodictische zinswending: „De psychologisch geschoolde lezer kan het niet eens zijn met de wijze, waarop STOKVIS zijn testresultaten interpreteert om tot een verwerping van de bewuste hypothese te komen” drukken de inzenders zich wel wat sterk uit. Klaarblijkelijk is hier slechts de tweede ondergetekende — de psycholoog — aan het woord. De in het bedoelde artikel vermelde psychologische bevindingen zijn door schrijver dezes op de jongstleden gehouden Psychologendag medegedeeld<sup>16</sup>. Dat thans uit de boezem van de Amsterdamse Werkgroep — die eerst op gemeenschappelijke publicatie van deze mededeling in de vorm van een symposion heeft aangedrongen — dezelfde bevindingen worden aangevochten, zij zijdelings opgemerkt.

In een statistisch bewerkt onderzoek<sup>15</sup> naar de betekenis van de Rorschach-proef als diagnostisch hulpmiddel bij de differentiëring tussen beginnende schizofrenie en dwangneurotische reactievormen heb ik in 1949 op het 1e Rorschach-congres te Zürich betoogd, dat ook bij normalen niet slechts 5, doch gemiddeld 6 van de 9 door MIALE en HARROWER-ERICKSON genoemde kenmerken kunnen voorkomen. Hieruit blijkt dus de betrekkelijke waarde van deze neurose-kenmerken; de dagelijkse toepassing sinds 1937 van de Rorschach-proef als routine-test in ons Medisch Psychologisch Laboratorium van de Jelgersma-Cliniek bij honderden neuroselijders enerzijds en bovenbedoeld contrôle-onderzoek anderzijds hebben ons echter geleerd, dat aan de door mij — niet drie, zoals beweerd wordt, doch zes! — genoemde, zeer bepaalde kenmerken: FM>M, C-shock, Sh-shock, falen, F% zelden >1/2 R (50%) benevens W : M niet gelijk 2 : 1, inderdaad waarde als neurose-kenmerken mag worden toegekend. — Een medicus zal zich er echter niet toe laten verleiden een diagnose te stellen enkel en alleen op grond van geïsoleerde kenmerken. Hij pleegt in zijn diagnostiek niet — gelijk de inzenders — van „voldoende mate van zekerheid als neuroticus” te spreken, als een aantal gevonden kenmerken een bepaalde diagnose op statistische gronden waarschijnlijk maakt, zelfs al zou de foutenkans geringer zijn dan 5 pCt! Slechts een volledige analyse van het gehele psychogram kan de juiste interpretatie van de gevonden neurosekenmerken mogelijk maken, al zijn deze alle negen aanwezig. Dat neurosekenmerken ook bij normalen, bij psychopathische persoonlijkheden en bij psychoselijders zullen voorkomen, is de psychiater duidelijk. Hiertoe zij naar de belangrijke studie van LELY<sup>13</sup> verwezen. Een psychogram mag niet als een bloedbeeld worden opgevat en gehanteerd, gelijk de Amsterdamse Groep wil.

Hier volgt een desbetreffend staatje van ons onderzoek, naar het voorkomen van de kenmerken, berekend per kenmerk afzonderlijk:

Neurose-kenmerk	Neurotische patiënten pCt	Normale personen pCt
1. aantal antw. < 25	67	74
2. aantal M niet > 1	50	68
3. FM > M antw.	41	9
4. C-shock	75	7
5. Sh-shock	25	4
6. „Refusal or rejection” <sup>4</sup>	41	16.5
7. F antw. niet > 50 pCt v. totaal	17	3
8. A pCt > 50	63	45
9. niet > 1 FC antw.	58	65

Duidelijk springt de betekenis van FM > M, C-shock, Sh-shock, falen (welke kenmerken ook KLOPPER en KELLEY<sup>12</sup> juist bij uitstek pathologisch noemen!) benevens de waarde van het kenmerk: „F% zelden groter dan 1/2 R”, naar voren. Ik moge overigens BARENDREGT verwijzen naar bl. 335 e.v. van TARCSAY<sup>17</sup>, waar de bevindingen van MIALE en HARROWER-ERICKSON worden besproken. Blijkbaar is hij ook niet op de hoogte van de recente geschriften van CHARLOTTE BUHLER<sup>3,4</sup>, volgens wie bij normalen het F pCt tussen 20 en 40 ligt, en volgens wie bij neurotici soms een zeer laag, doch somtijds ook een zeer hoog F% aanwezig is! Zulks is ook de ervaring van LELY. Afwijkende vondsten in het F% zijn ons inziens vooral toe te schrijven aan verschillen in de techniek van de navraag omtrent de determinanten van het psychogram. Geheel te standaardiseren is deze navraag niet. — Wij houden ons dan ook, de opmerking van BARENDREGT ten spijt, aan onze eigen bevindingen bij neurotici en bij ons contrôlemateriaal, volgens welke bij neurose-lijdens het F% zelden groter blijkt dan 50 pCt van het totaal.

De inzenders zullen dus moeten inzien: *a.* dat zij zich verteld hebben: ik heb immers niet 3, doch 5 (en dat van W : M niet gelijk 2 : 1 meegeteld), zelfs 6 kenmerken genoemd; *b.* dat ik zelfs aan het voorkomen van vijf of zes kenmerken geen *absolute* waarde toeken als neurose-kenmerk, *c.* dat onze bevindingen *niet* in tegenspraak zijn met „alle Rorschach-literatuur betreffende psychoneurotici”.

Op de bedoelde Psychologendag heeft BARENDREGT reeds van verschillende vraagstellers vernomen, dat zijn discussie-opmerking betreffende het desavoueren van de waarde van de C-shock (zulks naar aanleiding van het onderzoek van ALLEN<sup>1</sup>) door anderen en ook door ondergetekende op grond van klinisch-psychologische ervaringen in het neurosen-station, dat de Jelgersma-cliniek is, niet kan worden bevestigd. Het onderzoek van ALLEN is trouwens zeer aanvechtbaar. Het gaat daar immers om een onderzoek van slechts 25 studenten, bij wie, op grond van een oppervlakkig onderzoek, werd besloten tot: „freedom from disabling neurotic or psychotic involvement” en die daarom als „normaal”, dat is niet-neurotisch werden beschouwd!

Clinici plegen wèl waarde aan de C-shock toe te kennen. Men dient echter pas na analyse van het volledige Rorschach-protocol tot de aanwezigheid van een shock te besluiten. Voor de vaststelling van een C-shock eisen wij méér dan de meting van een verlengde reactietijd; hiertoe is nodig observatie van de proefpersoon, alsmede de constatering van een inzinking van de kwaliteit en van de productiviteit in de rij van antwoorden, zulks onder invloed van een storend affect.

En thans: het Szondi-onderzoek. Sinds de verschijning van het eerste boek van SZONDI in 1947 passen wij in ons Medisch-Psychologisch Laboratorium ook de Szondi-proef als routine-onderzoek toe. Wij getroosten ons de tijdrovende arbeid van het uitwerken gaarne: de resultaten van de proef geven een fraai inzicht in de driftstructuur van de patiënt en wijzen de weg naar een betere kennis van de diepte-psychologische achtergronden. De later verkregen psychotherapeutische bevindingen stemmen op treffende wijze overeen met de blind geïnterpreteerde uitkomsten van de Szondi-proef. Daarom hechten wij in ons Centrum grote waarde aan de Szondi-test, omdat op *empirische* gronden deze proef haar betekenis heeft bewezen.

Wanneer BARENDREGT, na een vijftal jaren van dagelijkse toepassing hieromtrent zijn mening zal kenbaar maken, zal ook schrijver dezes gaarne met hem over de waarde van de proef van gedachten wisselen. Het is ons inziens niet verantwoord, gezien de empirisch gebleken grote waarde van de proef, te wachten op het „dringende validatie-onderzoek”. Uitvoering hiervan ligt niet in de lijn van een Psychosomatisch Centrum; wèl het verzamelen

van materiaal; trouwens het heeft jaren geduurd, eer een dergelijk onderzoek met de thans algemeen gewaardeerde Rorschach-proef (sinds 1921 bekend!) is ondernomen. — Wanneer het waar zou zijn, dat de door ons bij asthmapatiënten gevonden Szondi-profielen „een merkwaardige overeenkomst” zouden tonen met die van migraine-patiënten van SZONDI, dan zou zulks een aanwijzing te meer zijn voor de door ons voorgestane hypothese van de non-specificiteit! Ook bij asthmapatiënten zijn immers zo dikwijls verdrongen agressieve neigingen werkzaam. „Tussen de negativistische vaak tyranniserende asthmaticus en de plichtsgetrouwe lijder aan hypertensie bleek alleen een verschil in uitingvorm van de agressie te bestaan”, schrijven terecht GROEN en BASTIAANS<sup>7</sup>. Echter de overeenkomst in de Szondi-profielen, die de inzenders menen te zien, is niet eens zo treffend.

Bij het lanceren van hun laatste bezwaar menen de inzenders aan de onderverdeling in diagnoses groot gewicht te moeten toekennen en zij eisen statistische bewerking. Deze eis uit een Psychosomatisch Centrum, waar men op grond van eigen ervaringen weet, dat uitvoerig onderzoek van meer dan 1 à 2 patiënten per week voor wetenschappelijke bewerking niet mogelijk is, zou men niet hebben verwacht. Immers het aantal van 90 patiënten is klein; in overleg met een mathematicus bleek een statistisch verantwoorde bewerking van onze bevindingen beter te kunnen wachten tot het aantal is toegenomen. Van mathematische zijde waarschuwde men ons niet te trachten uit een dusdanig klein materiaal conclusies te trekken op grond van pseudo-exacte berekeningen, gelijk slechts al te vaak plaats vindt (J. HEMELRIJK<sup>9</sup> en H. DE JONGE en G. WIELENGA<sup>10</sup>). Wij beoogden met ons onderzoek niet te *bewijzen*, dat de specificiteitstheorie niet juist is, doch willen haar slechts tot een hypothese terugbrengen, die ons niet aannemelijk schijnt. Om dezelfde redenen heeft destijds C. KEMPLE<sup>11</sup> in haar Rorschach-onderzoek bij psychosomatische patiënten haar materiaal ook niet statistisch gerangschikt. Mogelijkheden tot statistische bewerking biedt wèl het Rorschach-archief van de Medische Dienst van de Koninklijke Marine in het Opkomstcentrum te Voorschoten, waarin zich ruim 80.000 Rorschach-protocollen bevinden. Reeds zijn voorbereidingen getroffen tot gemeenschappelijke bewerking van de Rorschach-protocollen van psychosomatische patiënten, uit dit archief afkomstig. Pas na een statistisch *verantwoorde* bewerking van een groot materiaal zou men bewijzen kunnen leveren. Aan deze eis kunnen onze meeste Europese psychosomatische centra met hun beperkte hulpmiddelen moeilijk voldoen; ook zal niemand het Amsterdamse Centrum euvel duiden, dat het met een klein materiaal werkt; de opmerking dienaangaande van ALEXANDER<sup>2</sup>, die GROEN er een verwijt van maakt, dat deze op grond van zes gevallen van colitis ulcerosa een typisch persoonlijkheidsprofiel van deze lijdens trachtte op te stellen<sup>8</sup>, is niet te rijmen met de thans uit de boezem van dit Centrum gestelde eis tot statistische bewerking. Trouwens, destijds hebben BASTIAANS en GROEN<sup>7</sup> in hun tabellen betreffende de uitkomsten van onderzoek omtrent het specificiteitsprobleem eveneens een statistische bewerking achterwege gelaten! Voor de vermelding van de verdeling van onze patiënten naar geslacht, leeftijd, beroepsklasse, kerkelijke gezindheid, diagnoses en voorgestelde vormen van psychotherapie zij naar de jaarverslagen van ons Centrum verwezen.

Tot slot: ons contrôle-materiaal. Dat juist BARENDREGT het in Universiteitsclinieken zo voor de hand liggende en gebruikelijke contrôle-materiaal van studenten en verder de verwerking van het ons door het Marine-Selectie-Centrum te Voorschoten zo bereidwillig ter beschikking gestelde contrôlemateriaal van recruten wraakt, is opmerkelijk. Op de reeds genoemde 15e Psychologendag toch heeft schrijver dezes BARENDREGT er op gewezen, dat diens contrôle-materiaal (personen, die op keuringen verschijnen) ongeschikt is (zulks vooral met het oog op de beoordeling van de „digit span” bij de Wechsler-Bellevue-Test, waardoor onder de bijzondere testsituatie (spanning, praeoccupatie!) de differentiatie met neurotische remmingen (angst) wordt bemoeilijkt)! Of de onderzochte leeftijdsgroepen van patiënten en van het contrôlemateriaal overeenstemmen, is minder belangrijk dan de inzenders doen voorkomen, althans zolang niet kinderen met volwassenen worden vergeleken. De recruten die wij als contrôle gebruikten, waren geen pubers van 16 jaar, doch dienstplichtige miliciens van 19 à 21 jaar (van een behoorlijk intellectueel niveau: Mulo of Ambachtsschool). — De vraag: „Zijn deze patiënten studenten?” . . . . . „Of waren het recruten?”, past niet geheel in een wetenschappelijk bedoelde critiek.

Inderdaad, correlatie van de inzichten en werkresultaten van verschillende psychosomatische centra is noodzakelijk en gewenst, zeker in een klein land als het onze. Zulks is ons inziens echter niet mogelijk in de vorm van affectief getinte critieken, die zelf de toets van zake-lijkheid niet kunnen doorstaan. Laat men de handen ineenslaan en dankbaar gebruik maken juist van de omstandigheid, dat er geen overeenstemming van inzichten bestaat, teneinde el-

kanders standpunten te begrijpen en — te waarderen. Het Leids Centrum is hiertoe gaarne bereid.

*Literatuur:* <sup>1</sup>R. M. ALLEN, S. H. MANNE en M. STIFF (1951) *J. projective Techniques* **15**, 235, zie blz. 236. <sup>2</sup>F. ALEXANDER (1951) *Psychosomatische Medizin*, Berlin, bl. 88. <sup>3</sup>C. BUHLER, K. BUHLER en D. W. LEFEVER (1949) *Development of the basic Rorschach Score with Manual of directions*, Los Angeles, Calif. <sup>4</sup>C. BUHLER, D. W. LEFEVER, F. E. KALLSTEDT en H. M. PEAK (1952) *Development of the basic Rorschach Score*, Supplementary Monograph. Los Angeles, Calif. <sup>5</sup>J. GROEN (1950) *Asthma bronchiale seu nervosum*, Amsterdam, bl. 75-86. <sup>6</sup>J. GROEN (1951) *Journal Mount Sinai Hospital* **18**, 71, zie bl. 80. <sup>7</sup>J. GROEN, L. VAN DER HORST, J. BASTAANS e.a. (1951) *Grondslagen der klinische Psychosomatiek*, Haarlem, bl. 37 en 38; zie ook bl. 43. <sup>8</sup>J. GROEN (1947) *Psychosom. Med.* **9**, 151; zie ook: id. *Psychogenese en Psychotherapie van de colitis ulcerosa*. Amsterdam. <sup>9</sup>J. HEMELRIJK (1953) *Nieuw Archief voor Wiskunde* (3) **1**, 215. <sup>10</sup>H. DE JONGE en G. WIELENGA (1953) *Statistische methoden in de psychologie*, deel I, Groningen. <sup>11</sup>C. KEMPLE (1945) *Psychosom. Med.* **7**, 85, zie *Year book of Neurology*, 1945, Chicago, bl. 388. <sup>12</sup>B. KLOPPER en D. MC GLASHAN KELLEY (1946) *The Rorschach technique*, New York. <sup>13</sup>C. LÉLY (1952) Proefschrift Leiden. <sup>14</sup>B. SEREBRINSKY (1948) *La Prensa Medica Argentina* ref. (1949) *Exc. med. (Amst.) sect. VIII*, **2**, 87. <sup>15</sup>B. STOKVIS (1949) Die Bedeutung des Rorschach-testes als diagnostisches Hilfsmittel bei der Differenzierung beginnender Schizophrenie und zwangsneurotischer Reaktionsformen, voordr. Int. Rorschach Congr. Zürich. <sup>16</sup>B. STOKVIS (1953) Structuuranalytische onderzoeken bij lijders aan psychosomatische aandoeningen, voordr. gehouden op de 15e Psychologendag (27 Juni 1953), Amsterdam. <sup>17</sup>J. TARCSAY (1944) *Grundriss der Psychodiagnostik*, Zürich. <sup>18</sup>E. WEISS en O. SPURGEON ENGLISH (1943) *Psychosomatic Medicine*, Philadelphia en Londen, bl. 8 en 9. <sup>19</sup>E. WELLISCH (1949) *Brit. J. med. Psychol.* **22**, 72.

Oegstgeest, 15 Januari 1954

B. STOKVIS

## BRIEFWISSELING



### HIRUDOÏD

Door de N.V. Will-Pharma zijn wij er opmerkzaam op gemaakt, dat in het caput selectum van dr. W. J. H. SCHMIDT over „Het gebruik van anti-coagulantia in de algemene practijk” (vorige jaargang bl. 3364) ten onrechte als fabrikant van het praeparaat „hirudoïd” de firma Specia wordt genoemd. Dit moet zijn Luitpold-Werk (vorige jaargang bl. 3366, regel 26 v.o. en bl. 3371, regel 11 v.o.).

REDACTIE

## BERICHTEN



### BUITENLAND

**BELGIË.** — CONSULTATIEBUREAU'S VOOR TUBERCULOSE. Een ministerieel besluit van 1 December 1953 noemt de „dispensaires antituberculeux”, die, ten behoeve van bouw en inrichting, in aanmerking komen voor regeringssubsidie. Voor de gezamenlijke provincies Antwerpen (5), Brabant (9), West-Vlaanderen (6), Oost-Vlaanderen (8), Henegouwen (8), Luik (7), Limburg (5), Luxemburg (5) en Namen (8) omvat het programma 61 bureau's (*Scalpel* 1953, bl. 1516).

— R. R. SCHOCKAERT OVERLEDEN. De geneeskundige pers herdenkt professor RUFIN REMI SCHOCKAERT, stichter en oud-voorzitter van de Koninklijke Vlaamsche Academie voor Geneeskunde van België.

**DENEMARKEN.** — RUNDERTUBERCULOSE BIJ DE MENS IN JUTLAND. Ter gelegenheid van de campagne tot uitroeiing van rundertuberculose heeft men 204 menselijke lijders aan besmetting met typus bovinus herkend. Van hen hebben 42 niet minder dan 53 van tuberculose-vrije veestapels besmet, met het gevolg, dat van 1267 dieren er tenslotte bijna 500 op tuberculine reageerden. Vier lijders aan rundertuberculose hebben medemensen besmet (*Tegen de tuberculose* 1953, bl. 168).

**DUITSLAND.** — VERENIGING VOOR VOEDINGSLEER. Te Frankfort is een *Deutsche Gesellschaft für Ernährung* opgericht. Zij is bestemd het wetenschappelijk onderzoek van voeding in Duitsland tegenover het buitenland te vertegenwoordigen en met buitenlandse organisaties verbinding te zoeken. Haar orgaan zal zijn een nieuw tijdschrift: *Ernährungs-Umschau* (uitg. BREIDENSTEIN, Frankfort) (*Münchener mediz. Wochenschr.* 1954, bl. 52).