

de loop der tijden aanzienlijke wisselingen heeft ondergaan, evenals dit het geval is met andere aspecten van de geneeskunde. Het voortbouwen op deze kennis en het uitbouwen daarvan op de grondslag van kritisch wetenschappelijk denken kan van zeer groot belang voor de geneeskunde zijn, zal het geneeskundig denken verrijken en tot heil strekken van de patiënten in verband met onderzoek en behandeling van ziekten.

Het systeem van psychosomatische geneeskunde echter, zoals dit is ontwikkeld en op grote schaal is gepropageerd door de collegae GROEN en VAN DER HORST, heeft naar mijn vaste overtuiging in toenemende mate een verderfelijke invloed op de opleiding van studenten in het klinisch denken en eveneens op het klinisch handelen van tal van huisartsen en specialisten. Voorbeelden voor dit laatste zijn op uitgebreide schaal te vinden in het artikel van GROEN en VAN DER HORST op bl. 2957, waar zij spreken over „organisch ingestelde” collegae en zg. „kritisch” denkende artsen, die patiënten met carcinoom en andere ernstige ziekten doorzonden naar de collegae GROEN en VAN DER HORST met het verzoek hen psychosomatisch te behandelen onder diagnose zoals hysteric, colitis ulcerosa, nerveuze prikkelhoest enz.

Het verschil van mening tussen de collegae GROEN en VAN DER HORST aan de ene kant en mij aan de andere kant schuilt blijkbaar in de opvatting van wat onder „organisch ingestelde” en „kritisch” denkende artsen moet worden verstaan. Op artsen die ernstige ziekten, welke door hen met de beschikbare hulpmiddelen op eenvoudige wijze zouden kunnen worden herkend, falen te diagnostiseren door onvoldoende of onjuist onderzoek, en de patiënten in dit stadium voor een psychische behandeling doorzenden, is — naar ik zelf meen — niet bepaald de betiteling „organisch ingesteld” toepasselijk en evenmin de term „kritisch” denkend, noch in algemene zin, noch, zoals klaarblijkelijk door de schrijvers bedoeld, kritisch ten opzichte van het psychosomatische systeem.

Ik vrees dat deze uitspraak voor de schrijvers eens te meer het bewijs zal leveren van mijn totale onkunde omtrent de psychologische grondslagen van het geneeskundig denken. Ik moet het echter betreuren in een wetenschappelijke publicatie van twee schrijvers die in de geneeskundige wereld een belangrijke positie innemen, dergelijke uitlatingen aan te treffen.

*Literatuur:* <sup>1</sup>J. GROEN en L. VAN DER HORST (1955) *N.T.v.G.* 99, 2951.

Amsterdam, 13 oktober 1955

P. FORMIJNE

De mening van prof. FORMIJNE, dat het niet onze bedoeling is geweest speciaal hem of iemand anders met onze opmerkingen aan te duiden is juist. Voor eventuele argeloze lezers willen wij dit hier gaarne nog eens uitdrukkelijk verklaren.

Amsterdam, 9 november 1955

L. VAN DER HORST  
J. GROEN

Gaarne zou ik enkele opmerkingen willen maken naar aanleiding van het artikel „Toepassing van psychosomatische beginselen in de geneeskundige en psychiatrische praktijk” van J. GROEN en L. VAN DER HORST<sup>1</sup>. Immers, in dit artikel wordt de indruk gewekt alsof de ulcus-ziekte (bedoeld zijn ulcus ventriculi en ulcus duodeni) een psychosomatische zou zijn; sterker nog, dat de lijders aan deze ziekte in een (specifiek?) „dubbel niveau” conflict zouden zijn gewikkeld, en zelfs dat een hierop gerichte therapie „wekenlang ziek zijn, verergering en chronisch worden van het ulcus” zou kunnen voorkómen. Nu moge dit voor de psychosomatische werkgroep van het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam min of meer een axioma zijn, in de literatuur is hierover nog lang geen éénstemmigheid bereikt, laat staan dat er enig bewijs is geleverd. M. I. GROSSMAN<sup>2</sup> zegt zeer duidelijk: „When one analyzes the literature on this topic, he gains the impression that there is little more than „clinical impression” to substantiate the existence of a typical ulcer type personality” en: „The observations on this phenomenon are limited to a relatively few studies on a small group of subjects” en verder: „none of the premisses upon which the psychosomatic theory is based can be considered to be proven. The evidence is no more than suggestive”, en verder: „There is no clear evidence to indicate that gastric dysfunction due to emotional stress can lead to ulceration”. KALDEGG en O’NEIL<sup>3</sup>, zelf min of meer voorstanders der psychosomatische theorie voor de verklaring van de ulcus-ziekte vonden bij een onderzoek van 20 lijders aan ulcus duodeni „no predominance of any one personality type. No uniformity type was shown in this series”. „Psychogenic disturbances are not the basic cause”, zegt CHENEY<sup>4</sup> in zijn boek. IVY verklaart met nadruk dat het niet bewezen is dat psychogene stimuli de zoutzuursecretie mede verwekken, en dit is een kardinaal punt, want het zoutzuur ver-

oorzaakt de ulcuspijn (daarover is men het in de literatuur wel tamelijk eens) en zelfs de ulcus-ziekte, gezien het feit dat onze gehele behandeling er op gericht is, het zoutzuur te doen verdwijnen, door resectie of door vagotomie. Slagen wij daarin, dan is de ulcus-ziekte genezen en merkt men bij deze patiënten nooit meer iets van psychosomatische dingen. Natuurlijk kan men mij tegenwerpen dat er ulcera zouden voorkomen zonder dat er vrij zoutzuur is. Voor ulcus duodeni is dit niet aangetoond. Voor zover mij bekend is, heeft men nog nooit een lijder aan pernicieuze anaemie waargenomen die aan ulcus duodeni leed. Het adagium „no acid no ulcer” geldt in deze nog steeds.

Tenslotte verklaart LINDEBOOM<sup>5</sup>, zeker geen fervent bestrijder der psychosomatische beschouwingswijze, „dat er vele gevallen van maagzweer zijn, waarbij de psychogenese uitermate twijfelachtig is en iedere evidentie mist” en voorts dat „de psychosomatische specificiteit een hypothese is, wier juistheid zeer moeilijk bewezen kan worden”.

Ik zou met deze citaten kunnen doorgaan. Het is natuurlijk niet mijn bedoeling, te ontdekken dat er van de psyche bij ieder mens steeds invloeden uitgaan op iedere kwaal, dat ieder mens zijn kwaal op een voor hem eigen psychische manier verwerkt, die bij verschillende mensen met dezelfde ziekte vele punten van analogie zal tonen; maar dat een psychisch proces, aanleg, karakterstructuur, neurose, emotioneel conflict tot een ulcus zouden kunnen leiden, is op zijn minst nog volkomen onbewezen, zo niet geheel uit de lucht gegrepen. Te weinig wordt overigens ook rekening gehouden met de omgekeerde weg, de somatopsychische. Zou het niet zo kunnen zijn, dat een vrijwel ongeneeslijke ziekte zoals maag-ulcus, die de patiënt veel pijn geeft en die maakt dat hij zich steeds onzeker voelt, die zijn arbeidsprestatie steeds belemmert, die arbeidsverzuim veroorzaakt, die steeds recidiveert, die de patiënt angst hiervoor en voor de pijn bezorgt, die hem door de pijn prikkelbaar en humeurig maakt, die zijn stemming drukt, tevens ook de emotionele conflicten met de omgeving doet ontstaan en liefdeverlies voor hem teweegbrengt, alsmede behoefte wekt aan verwenning (die overigens iedereen wel heeft)? Zou het niet kunnen zijn dat de ulcuspsyche het gevolg is van het ulcus en niet omgekeerd? Wat was er het eerst, de kip of het ei?

Ik heb in een recente publicatie in dit *Tijdschrift*<sup>8</sup> gepoogd aan te tonen dat de ulcus-ziekte een alimentaire genese heeft en geen andere, zulks op grond van literatuur- en eigen onderzoek, waarbij ik bij een aantal lijdens aan ulcus duodeni de verschijnselen tot verdwijning kon brengen met een dieet dat vrijwel alleen bestond uit koolhydraatvoeding, gecombineerd met antacida. De ulcusverschijnselen, o.a. pijn, verdwenen binnen één à twee weken en bleven weg indien het dieet maar streng werd gevolgd. Had ik toen slechts ruim 60 patiënten behandeld, thans beschik ik al over ruim 200 gevallen, waarvan ik de gegevens te gelegener tijd hoop te publiceren als de „follow-up” studie hiervan is afgelopen. Wel kan ik reeds thans mededelen dat de resultaten uitstekend zijn, en dat mijn behandeling bij geen enkele patiënt heeft gefaald, mits hij zich nauwkeurig aan het dieet hield. Ik zal waarschijnlijk dr. GROEN niet kunnen overtuigen, doch hij zou dit zelf eens op grote schaal moeten proberen. Tekenend is het wel, dat ik nog nergens, zomin op vergaderingen naar aanleiding van mijn voordracht, als bij wijze van reactie op mijn artikel, één steekhoudend argument tegen mijn theorie heb vernomen, ook niet van de psychosomatische werkgroep, ook niet van dr. GROEN. Zelfs valt hij mij (onbewust) bij, waar hij<sup>7</sup> schrijft, dat gedurende de oorlog de toeneming van de ulcus-ziekte werd waargenomen in die legers waar de voeding niet was achteruitgegaan, en zelfs werd waargenomen bij officieren die „zeer goed, sommigen zelfs verfijnd voedsel kregen”, en dat de toeneming van het ulcuslijden eveneens werd vastgesteld onder de burgerbevolking van de Verenigde Staten van Amerika, waar van een verandering der voeding (tijdens de oorlog) geen sprake was”, terwijl het merkwaardige feit zich voerde, dat vele ulcus-patiënten in de Duitse concentratiekampen, naarmate de voeding „slechter” werd, hun klachten verloren. De ulcus-ziekte verdween in weerwil van slechte voeding. Ook in de hongerwinter gold dit. Toen, terwijl de voeding slechter werd, nam het ulcuslijden niet toe, doch af. Duidelijker dan met deze woorden van GROEN kan het niet worden gezegd. Echter is het GROEN, bij zijn ijver om al deze dingen langs psychosomatische weg te „verklaren” ontgaan, dat, wat hij „slechtere” (d.i. hoofdzakelijk koolhydraat-) voeding noemt, voor de ulcuslijder juist de goede voeding is, en dat zeer goed, zelfs verfijnd voedsel voor de ulcuslijder juist verkeerd is.

Ik meende deze opmerkingen te moeten maken, omdat ik — naast mijn waardering voor het vele goede dat de psychosomatische beschouwingswijze ons heeft gebracht, doordat zij ons meer heeft geleerd over de mens in zijn ziekte en zijn nood, zijn sociale achtergrond, zijn milieu, zijn emoties, wensen en spanningen — toch ook grote gevaren zie. Zij dreigt een mode te worden, die ons van objectief, kritisch wetenschappelijk onderzoek dreigt terug

te houden, die een min of meer gemakkelijke verklaring tracht te geven voor allerlei ziekten, waarvan wij toch de eigenlijke aard niet kennen, door deze af te doen met de term psychosomatose (alsof daarmede iets verklaard zou zijn!), zulks ten nadele van onze patiënten (en hun relaties en gezinnen) door hun het odium van een neurose op de hals te schuiven, dat zij niet méér verdienen dan wie dan ook, en hun daarmede een nieuw soort minderwaardigheid te bezorgen, terwijl wij intussen de juiste behandeling (zoals bij het ulcus een rationeel dieet) verzuimen.

*Literatuur:* <sup>1</sup>J. GROEN en L. VAN DER HORST (1955) *N.T.v.G.* **99**, 2951. <sup>2</sup>M. I. GROSSMAN (1951) en D. J. SANDWEISS, *Peptic ulcer*, bl. 165. W. B. Saunders Comp., Philadelphia, Londen. <sup>3</sup>KALDEGG en O'NEILL (1952) in F. AVARY JONES, *Modern trends in gastro-enterology*, bl. 46. Londen. <sup>4</sup>G. CHENEY (1950) *Medical management of gastro-intestinal disorders*, bl. 157. <sup>5</sup>G. A. LINDEBOOM (1955) *Ned. T. Psychol.* **10**, 19. <sup>6</sup>H. J. N. DEKKERS (1955) *N.T.v.G.* **99**, 176. <sup>7</sup>J. GROEN (1947) *De psychopathogenese van het ulcus ventriculi et duodeni*, bl. 108. Scheltema en Holkema, Amsterdam.

Amsterdam, 13 oktober 1955

H. J. N. DEKKERS

Hoewel de opmerkingen van dr. DEKKERS naar aanleiding van ons artikel voornamelijk de psychogenese van ulcus ventriculi et duodeni betreffen, maken wij gaarne gebruik van de gelegenheid hem daarop te antwoorden, temeer omdat wij ons van ganser harte kunnen aansluiten bij zijn uitgangspunt, dat de psychosomatische ontstaanswijze van het ulcus nog niet als *bewezen* kan worden aanvaard. Wij meenden in vroegere publicaties duidelijk genoeg te hebben doen uitkomen dat deze opvatting een hypothese vormt. De oorzaak van het ulcus moet voorlopig nog als onbekend worden beschouwd. Het is echter het goede recht van iedere onderzoeker om van de verschillende hypothesen die in de loop der jaren zijn opgesteld, de ene als waarschijnlijker dan de andere te beschouwen, en de gronden aan te geven waarop zijn mening berust. Zulk een hypothese dient als richtsnoer voor verder werk, dat, opgezet met het doel de hypothese te toetsen, tevens nieuwe feiten aan den dag brengt.

De hypothese der psychosomatische ontstaanswijze van het ulcus steunde aanvankelijk alleen op de volgende waarnemingen:

1e. TALMA's werk over het effect van de doorsnijding en prikkeling van de nervus vagus op de maag en de daardoor experimenteel verwekte ulcera, hetgeen hem en anderen er toe bracht aan te nemen dat in het intacte organisme abnormale langs de nervus vagus verlopende impulsen van cerebrale, en deze weer van psychogene oorsprong, de oorzaak van het ulcus zouden zijn.

2e. De klinische indruk, dat de meeste ulcuspatiënten nerveuze, gespannen en, in het bijzonder, „beheerst-emotionele” personen zijn.

3e. De klinische ervaring dat de ulcus-ziekte op en neer gaat, waarbij vaak in tijden van psychische ontspanning (bv. tijdens vacaties, ook wanneer deze met lichamelijke activiteit gepaard gaan) de klachten verdwijnen, terwijl wanneer de patiënten in psychische spanning verkeren, de klachten opkomen of terugkeren.

4e. Het resultaat van de met meer specialistische methoden verrichte onderzoeken (zoals de biografische anamnese, het psychiatrische gesprek en de psychoanalyse) waarbij de sub 1. genoemde indruk werd bevestigd, en de aard der bij deze personen gevonden spanningen nauwkeuriger kon worden geformuleerd. Deze formulering is echter niet bij alle onderzoekers gelijk.

5e. Met dezelfde methodieken werd ook gevonden, dat de patiënten voor en tijdens hun ziekte waren gewikkeld in levenssituaties die zij op een bepaalde wijze tot inwendige conflicten hadden verwerkt. Door sommige onderzoekers is dit bij alle, door anderen bij de meerderheid der onderzochte patiënten gevonden.

Zowel de klinische indruk als de psychiatrische onderzoekingsstechniek herbergen een foutenmarge, daar zij gebruik maken van de persoon van de onderzoeker als registratie-instrument. Dit maakt deze methoden niet per se onwetenschappelijk, mits de onderzoeker zich van deze factor bewust blijft, zich daartegen wapent en aan de conclusie niet meer (maar ook niet minder) waarde toekent dan de methode toelaat. De betekenis van deze kenvorm moge door de verschillende onderzoekers ongelijk worden geschat, de klinische diagnostiek heeft haar naast de zg. objectieve methode nodig. Hieraan zij onmiddellijk toegevoegd dat door ander werk de volgende steun aan de hypothese werd verleend:

6e. Bij onderzoek van een groep gezonde personen werd gevonden dat deze in het algemeen in minder levensmoeilijkheden verwickeld waren dan de ulcus-lijders en vooral dat hun reactie op moeilijkheden anders was.

7e. Bij de toepassing van psychologische tests die een statistische bewerking toelaten, werden sommige van de bovengenoemde verschillen in persoonlijkheidsstructuur (voor zover zij bij de tegenwoordige stand van het onderzoek voor psychologische toetsing toegankelijk zijn) langs een geheel andere weg, eveneens vastgesteld. Dit onderzoek staat nog pas in zijn begin, doch opent grote mogelijkheden, niet alleen om de psychosomatische ulcus-theorie, doch ook andere hypothesen der psychosomatiek te steunen of te verwerpen.

8e. Bij „gezonde” proefpersonen die een maagfistel hadden, en bij ulcus-patiënten in sterkere mate, kon worden vastgesteld dat bepaalde levenssituaties de contracties van de maagmusculatuur en de secretie van zoutzuur doen toenemen.

Daarnaast zijn een aantal reeds bekende feiten, zoals het ongelijkmatig voorkomen van de ziekte in verschillende streken, de hoge frequentie in sommige beroepen, de voorkeur voor het mannelijk geslacht, de fluctuatie in frequentie tijdens oorlogs- en bezettingsomstandigheden, in overeenstemming met de psychosomatische opvatting. Aangezien deze feiten echter ook in andere hypothesen passen, kunnen zij alleen als niet-in-strijd met deze zienswijze worden aangevoerd. Hetzelfde geldt voor de zweren die zijn gezien bij lijdens aan aandoeeningen van de bodem van de derde ventrikel, voor die welke bij dieren zijn verwekt door ingrepen in de hersenen, en voor de pathologisch-anatomische afwijkingen die bij secties in de hersenen van ulcuslijders zijn gevonden.

Bij de beoordeling van dit feitenmateriaal moet men er wel van doordrongen blijven, dat de psychogenetische opvatting niet „los” staat van de organische factoren die meer rechtstreeks aansprakelijk zijn voor het ontstaan van de weefselveranderingen in de maagwand. De hypothese tracht een voorstelling te geven van de *etiologie* van de hypersecretie, hyperemie, hypertonie en hypermotiliteit, die wij, evenals collega DEKKERS, als de voornaamste factoren in de *pathogenese* van het ulcus beschouwen. Indien het mogelijk zou zijn, ons bij de studie van het menselijk zielsgebeuren tot een fysiologische methodiek te beperken, zouden wij de psychosomatische ulcus-genese desnoods als de „centraal-nerveuze hypothese” kunnen beschrijven. Maar onze fysiologische methodiek is daarvoor nu eenmaal niet toereikend. Een dergelijke beperking zou trouwens een onafscheidelijk aspect van het mens-zijn buiten beschouwing laten en zou daardoor nooit tot een volledig inzicht kunnen leiden.

Een dergelijke eenzijdige benaming zou wel het voordeel hebben dat zij de rust in de discussies tussen onderzoekers ten goede zou komen. Wanneer bv. collega DEKKERS schrijft dat men door onze theorie de patiënten het odium van neurose op de hals schuift, heeft hij volkomen gelijk wanneer hij er op laat volgen, dat zij dit niet meer verdienen dan wie dan ook. De neurose is immers een der meest verbreide menselijke noden. Het is echter niet de schuld van het onderzoek of van de op grond van de feiten (voor zover beschikbaar) geformuleerde hypothese, dat in onze cultuur lijdens aan verschillende vormen van neurose vaak het odium van „vreemd” en „deficiënt” dragen, een misstand waartegen dezelfde TALMA reeds een halve eeuw geleden te velde trok.

Graag stemmen wij in met de uitspraak dat de term „psychosomatose” niets bewijst. Wij hebben dit woord ook nooit als bewijs aangevoerd, doch als onderdeel van een classificatie van de verschillende wijzen waarop psychische factoren tot lichamelijke ziekte kunnen leiden, of op het beloop daarvan invloed kunnen uitoefenen.

Voor zover het dus nodig was, de gronden waarop de door ons verdedigde hypothese steunt, nog eens samen te vatten, stellen wij het zeer op prijs dat collega DEKKERS naar de pen heeft gegrepen. De psychosomatische werking in de geneeskunde is niet gebaat bij ongefundeerde overschatting (de mode waartegen DEKKERS terecht bezwaar heeft), doch evenmin bij kritische onderschatting. Wij willen tevens deze gelegenheid gebruiken om collega DEKKERS te verzekeren dat wij zijn werk met dezelfde onbevooroordeelde belangstelling trachten te volgen als naar wij hopen, anderen aan het onze willen geven.

Amsterdam, 9 november 1955

L. VAN DER HORST  
J. GROEN