

stonetheorie, door hem weliswaar van een nieuw jasje voorzien („Schrittmacherfunktion”), maar qua intentie dezelfde. Echter, ook hier zijn het persoon, situatie en omgeving die, bij een „bepaalde combinatie”, de stepping-stone kunnen vormen tot een volgend (d.i. meer intensief werkend) middel, exacter: een meer intensief gebruik van misschien ook sterkere middelen. Het middel (cannabis) heeft m.i. slechts een functie die men, als men dat per se wil, een Schrittmacherfunktion zou kunnen noemen indien de andere factoren te zamen voldoende „Bereidschap” hebben gegeven tot het zodanig reageren dat men gevoelig wordt voor dat volgende middel. Het systeem van vicieuze cirkels en de ontwikkelingsgang van contact tot verslaving zoals Prof. VAN DIJK dat beschreven heeft (o.a. congres biologische psychiatrie over marihuana en verslaving te Amsterdam, september 1971) ondersteunt deze redenering.

Het verschil in benadering zoals dat boven is aangeduid, lijkt mij ook verantwoordelijk te zijn voor het attitudeverschil ten aanzien van de justitiële en politieke aspecten van het cannabisgebruik. De visie van Prof. BOOIJ moet logischerwijze uitvloeien in een min of meer extreem uitgewerkt systeem van verbod en bestrijding. Indien men de andere visie aanhangt, zal duidelijk zijn dat verbod en bestrijding weinig kansen op succes bieden, indien men niet de drie overige factoren tegelijkertijd zou kunnen beïnvloeden. Ik denk dat men dan bovendien zich moet afvragen waarom mensen eigenlijk „vastlopen”, en dat het zo zal zijn dat drugs daarbij een minder belangrijke rol spelen dan soms gesuggereerd wordt. Het is de vraag of het zo simpel ligt als Prof. BOOIJ stelt, nl. dat bij vrijlaten van het gebruik van cannabis (waar overigens zó ongenueanceerd geen sprake van zal zijn) het aantal gebruikers en dus het aantal verslaafden zal stijgen en de totale geestelijke gezondheidszorg gedesorganiseerd zal worden. Toename van het aantal gebruikers zal een toename van het aantal vastgelopen gebruikers veroorzaken. Of er een geringer aantal vastgelopen mensen zou zijn zonder de legalisering is uiteraard niet zeker; het lijkt echter vanuit de praktijksituatie gezien waarschijnlijk dat zonder middelen zeer velen ook waren vastgelopen.

Misschien is het niet zo verwonderlijk dat Prof. BOOIJ dit niet lijkt te beamen, omdat het deze categorie van jongeren is (de vastlopende druggebruikers en de vastlopende nietgebruikers) die grote weerstanden moet overwinnen om hulp te zoeken, en die als ze daartoe komt, de laagste drempel overschrijdt: Release, JAC en dergelijke. Het wordt alles nog duidelijker als men over die drempel stapt en het terrein betreedt waar de jongere zichzelf nog niet als patiënt beschouwt; althans ófwel bij zichzelf geen problemen (h)erkent, ófwel er niet mee om hulp durft te komen. Dan is te zien dat middelen inderdaad slechts middelen zijn, die gebruikt worden als een schakel in een reeds bestaande keten en daar ten hoogste als versneller kunnen fungeren.

Dit laatste zou wellicht een verklaring kunnen zijn van de indruk dat vastlopende druggebruikers eerder (op jongere leeftijd) komen om hulp; een andere factor hierbij is ongetwijfeld het cultuurvreemde van de drugs, waardoor ze meer opvallen.

Realistischer dan cannabis als zondebok te laten fungeren voor een menigte diverse zaken lijkt het mij, de aandacht te richten op de factoren persoon, situatie en omgeving, en aan de hand hiervan de preventie, de justitiële en politieke attitude en de behandeling van vastgelopen druggebruikers nader te bezien.

Preventie is natuurlijk niet het aan banden leggen van het gebruik, maar moet zich richten op wezenlijke oorzaken. Dit gezichtspunt geldt tevens voor de justitiële en politieke attitudes; ook prioriteiten (bv. ten opzichte van alcohol,

tabak, slaapmiddelen, om maar bij drugs te blijven) dienen op grond van genoemde factoren te worden gesteld.

Het is griezelig dat Prof. BOOIJ, als hij spreekt over behandeling, vele zinnen wijdt aan de methadontherapie (zonder evenwel de essentie daarvan te noemen) en tot de conclusie komt dat we voorlopig aangewezen blijven op de klassieke behandelingsmethoden van verslaving. Ik neem aan dat hij de therapeutic-community-therapievormen (Phoenixhouses e.a.) daar niet bij rekent; het zijn echter juist deze methoden die perspectieven bieden. Waarschijnlijk omdat zij de mens in zijn omgeving centraal stellen.

Literatuur. BOOIJ, J. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2039. — PRICK, J. J. G. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2061.

Glimmen, 10 januari 1972

H. P. J. Vos

Het commentaar van Prof. Dr. J. J. G. PRICK (1971), dat onder de titel „Het deviant druggebruik” een verantwoording en verklaring aanreikt betreffende uw redactionele beleid aangaande het drugprobleem, vraagt door de dubbelzinnige inhoud van dit commentaar, en mogelijk dus ook van uw redactionele beleid, om enige verheldering.

Professor PRICK verklaart, dat het *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde* bij uitstek geschikt is om de verschillende inzichten en opvattingen over drugs en deviant druggebruik aan de orde te stellen. Professor PRICK voegt er aan toe, dat dit onderwerp bij uitstek multidisciplinair benaderd dient te worden, omdat het veel méér dan louter farmacologische en klinische aspecten heeft. Met deze woorden wordt dan de klinische les over „Het Marihuana-probleem” van Prof. Dr. JOH. BOOIJ (1971) in hetzelfde nummer van het tijdschrift ter lezing aanbevolen.

De schrijver van deze klinische les wordt door Professor PRICK representatief geacht voor de farmacologie en voor het specialisme zenuw- en zielsziekten. Men moet zich wel afvragen welke betekenis aan het woord „representatief” moet worden verleend ten aanzien van een dergelijk controversieel onderwerp. Wanneer uit dit woord al mag worden afgeleid dat de schrijver in staat geacht kan worden louter klinische en farmacologische aspecten van het drugprobleem te behandelen, ligt het niet zo maar voor de hand dat zijn les ook een integraal karakter kan dragen. Wat dit integrale karakter betreft, stelt professor PRICK terecht, dat men pas een meer alomvattende visie op het drug-probleem zal verwerven, wanneer men zich bij zijn onderzoek en het daaruit resulterende behandelingsprogramma van de inzichten bedient der gedragswetenschappen, zoals psychologie, sociale psychologie, criminologie en culturologie. Niettemin wordt met deze woorden slechts een eenzijdig klinisch-farmacologisch betoog aangeprezen.

Professor BOOIJ zelf heeft er in zijn publikaties nooit een geheim van gemaakt dat hij geen, of slechts een gering belang hecht aan psychogenetische factoren bij het ontstaan van psychiatrische ziektebeelden. Hierover spreekt hij zich o.a. expliciet uit in zijn klinische les „Farmacotherapie en Psychotherapie” (1968) waarin hij, HENRY EY en RÜMKE refererend en de woorden „Konstitution ist alles” van FREUD citerend, concludeert: „Welnu, wanneer „Konstitution alles ist”, waar blijft dan de psychogenese?”

Het wekt dan ook enige bevreemding, wanneer Prof. PRICK de klinische les van Prof. BOOIJ typeert met de woorden „representatief” en „integraal”.

De onbehaaglijke gevoels naar aanleiding van het commentaar van Prof. PRICK worden nog versterkt, wanneer kennis genomen wordt van de inhoud van de klinische les „Het Marihuana-probleem”, en wanneer het daarin ge-

stelde op wetenschappelijke mérites wordt beoordeeld.

Bij het lezen van de ziektegeschiedenissen van de drie voorgedragen patiënten is het van belang de zin in gedachten te houden, waarin Prof. Booij zegt: „Hierbij zij in het midden gelaten of deze levensgang uitsluitend het gevolg is van het druggebruik, mede door het druggebruik of ook ten gevolge van andere factoren” (bl. 2042). In de conclusie van zijn les echter laat Prof. Booij deze genuanceerde multicausale overweging in het geheel niet meer in het midden, doch stelt drie patiënten te hebben besproken, die *ten gevolge van hun marihuana-gebruik in dusdanige moeilijkheden waren gekomen, dat medische hulp noodzakelijk was* (bl. 2048).

In de klinische les worden verder geen overwegingen en gegevens aangedragen, welke een dergelijke monocausale stellingname wetenschappelijk verantwoord zouden maken. Integendeel, uit de voor een clinicus wel zeer geringe hoeveelheid anamnestiche gegevens die in de les worden vermeld, moge afgeleid worden, dat er toch redenen aanwezig zouden kunnen zijn om psychische en sociale factoren bij de diagnose te betrekken. Dat Prof. Booij niettemin wel degelijk monocausaal denkt t.a.v. psychische stoornissen door marihuana-gebruik, blijkt uit de verdere conclusie van de schrijver.

Op grond van onderzoeken waaruit bleek dat 2 tot 3% van de regelmatige gebruikers de hulp van een arts inroept, wordt door de schrijver voorspeld dat wanneer de verkoop van marihuana wordt vrijgegeven dit zou betekenen dat in de toekomst gerekend zou moeten worden op 50 tot 60.000 patiënten. Een dergelijke concluderende rekensom is alleen wetenschappelijk geoorloofd, wanneer voldoende is aangetoond dat ten aanzien van dit probleem geen andere dan een monocausale denkwijze mogelijk is.

Behalve op dit fundamentele bezwaar mag nog gewezen worden op het feit, dat de schrijver verwarring sticht door uitgebreid te wijzen op een dementeringsproces door chronisch marihuana-gebruik (bl. 2044), welke uiteenzetting hij tenslotte afrondt met de opmerking, dat de gegevens, die ter beschikking staan niet volkomen betrouwbaar zijn. Op dezelfde wijze wordt ook zeer uitvoerig ingegaan op de verslaving door marihuana (bl. 2042). Door de schrijver worden twee auteurs vermeld, die een onthoudingssyndroom bij in totaal 4 patiënten hebben beschreven. Vermeld wordt dan, dat voor een definitief antwoord op de vraag of onthoudingsverschijnselen voorkomen, nader onderzoek nodig is. Dit onderzoek acht Prof. Booij blijkbaar overbodig, wanneer hij een pleidooi houdt om „maar zo gauw mogelijk het onderscheid tussen „soft” en „hard” drugs te vergeten” (bl. 2046).

Om al deze redenen kan geconcludeerd worden, dat de klinische les van Prof. Booij zowel in klinisch als farmacologisch opzicht onvoldoende wetenschappelijk is gefundeerd.

Dat in een begeleidend commentaar ten aanzien van dit stuk gesproken wordt over een „representatieve” en „integrale” bijdrage, draagt slechts bij tot een verdere mystificering van het onderhavige probleem. Van een poging tot verheldering kan vooral door het desbetreffende commentaar geen sprake zijn.

Literatuur: BOOIJ, J. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 1621; (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2039. — PRICK, J. J. G. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2061.

Amsterdam,

12 januari 1972

P. BAKKER, J. VAN DER MEULEN,
H. VAN DER VEEN, G. J. HOLTZER, K. HOETMER, F. POLAK,
assistenten der Psychiatrische Kliniek der Universiteit van Amsterdam

Op het schrijven van een groep assistenten van de Psychiatrische Kliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam zou ik het volgende antwoord willen geven.

Een brief en het antwoord erop confronteren ons met het geheim van de menselijke taal. De taal is *oppervlakkig* beschouwd niets anders dan een afgesproken signaal-systeem, beantwoordend aan de behoefte van een gemeenschap die een bepaalde taal spreekt. De hier gebezigde benadering van de taal is echter te simplistisch. De namen of woorden die wij gebruiken in de taal als het meest normale menselijke omgangs- of verkeersmiddel, zijn in feite subjectief aangeduide bewustheden, waarbij „subjectief” aanduidt, dat bedoelde bewustheden bij een concreet menselijk individu horen, of anders uitgedrukt: geestelijke zijnswijzen van een bepaald persoon zijn. De taal, en derhalve ook mijn taal, geeft maar indirect een beeld van de werkelijkheid, maar bedoelt in feite de uiting van onze persoonlijke verhouding tot de realiteit. Dit is een groot geluk, want daardoor is het menselijk verhoudingsleven méér dan een geheel van objectieve constatering; en ware dit niet zo, dan zouden we elkaar nooit leren kennen.

Dit nu toegepast op mijn taal, gebezigd in het commentaar „het deviantie druggebruik”. De collegae van de psychiatrische kliniek van het Wilhelminagasthuis voelen datgene wat ik over de taal zeg als startpunt voor de betekenisanalyse van de gebezigde woorden, naar mijn mening aan blijkens het feit dat zij van een „dubbelzinnige” inhoud van mijn commentaar spreken. De door mij gebezigde termen hebben voor hen, naar het mij voorkomt, een andere zin en betekenis dan die welke door mij persoonlijk bedoeld zijn.

Ik zet nu gaarne in een éénmalig antwoord uiteen, wat voor mij de termen *representatief* en *integraal* betekenen.

Als ik schrijf, dat Prof. Dr. J. Booij *representatief* is voor de farmacologie en voor de psychiatrie, wil ik daarmee niets anders tot uitdrukking brengen dan dat hij een *vertegenwoordiger* is van twee wetenschappelijke disciplines waarvan gezegd kan worden, dat deze vanuit de gezichtshoek der methodische benadering der feiten ons als tegengesteld verschijnen. De farmacologie, die tot object heeft de studie van de werking die van officiële geneesmiddelen en drugs op de verrichtingen van cellen, weefsels en organen uitgaat, is een analytische, positivistisch-materialistisch georiënteerde wetenschap; in dit opzicht sluit ze onmiddellijk bij de traditionele fysiologie aan.

De psychologie daarentegen, evenals haar oudere zuster de psychiatrie, is dubbelledig van aard. Binnen deze wetenschappen aanvaardt men een polaire benadering van de levensverschijnselen waarmee zij zich bezighoudt. De psychiatrie hoort tot een andere orde dan de analytische farmacologie. Prof. Booij, van wie ik weet dat hij geen materialistisch-monist is, is op de hoogte van de farmacologische en van de psychologische denkwijzen. In beide vormen van denken is hij opgeleid en gevormd. Wanneer hij een klinische les schrijft over het marihuana-probleem, dan brengt de dubbelledige geaardheid van zijn dubbele wetenschappelijke persoonlijkheid met zich mee, dat hij de farmacologische en psychologische (pathopsychologische) aspecten waarmee hij in het onderwerp geconfronteerd wordt, met elkaar in verband brengt en hun tegenstelling tracht te overkoepelen.

Integraal hangt samen met „integreren”. Deze term bezig ik ter aanduiding van het feit dat men op zich staande uitkomsten van onderzoek tracht samen te voegen met andere, ter verkrijging van gestalten, structuren, meer of minder omvangrijke héélheden (integer = heel). De farmacologie verwatert daardoor niet, evenmin als de psychologie c.q. de psychopathologie. Waar het bij integreren en op integratie gericht onderwijs (dit is onderwijs van een integraal ka-

rakter) om gaat, is de gangbare tegenstelling van het farmacologische en psychologische te begrijpen en hun verbinding, in dienst van stichten van héélheden, te beproeven. Er is bij integreren sprake van een overkoepeling. Het is een zich richten van de docent op het meer omvangrijke, op het méér-hele.

Wat Prof. Booy in zijn klinische les vaststelt, is dat zich bij een bepaald individu bij het roken van marihuana, psychische veranderingen voordoen, zoals bijvoorbeeld het zich-ontspannen-gaan-voelen. Beide aspecten, het roken van marihuana en de veranderingen der geestelijke gesteldheid, coincideren in één en hetzelfde wezen, met name de concrete man die marihuana rookt in relatie tot een meisje waartoe hij zich op een bepaalde wijze verhoudt, dat evenzeer marihuana gebruikt.

Al deze aspecten staan uiteraard niet los van elkaar. Wil men in het marihuana-problemen, in verband met de casuïstiek verder komen, dan moeten talrijke aspecten van het éne wezen (met name de biologie-student, waarover Prof. Booy het in eerste instantie heeft) in relatie tot zijn vriendin die ook marihuana rookte, geïntegreerd worden, d.w.z. met elkaar geünificeerd worden, in een zinsverband gevat worden.

Integreren betekent binnen het kader van het door mij geleverde commentaar afzonderlijke aspecten vatten binnen een meer omvangrijke structuur, derhalve zich richten op héélheid.

Er bestaan verschillende treden van integreren. Wat ik in mijn commentaar heb betoogd, is dat collega Booy een integratie tot stand heeft gebracht tussen de farmacologie en de psychiatrie. Wat ik aanbeveel, is om nog véerder te gaan en ernaar te streven het probleem nog méér alomvattend, multidisciplinair (integraal) uiteen te zetten, zoals dit reeds in 1971 in *Medisch Contact* is geschied. Indien de Amsterdamse collegae de inhoud van mijn commentaar als dubbelzinnig hebben beleefd, dan wil ik hun een verklaring geven, die dit gevoelen mogelijk enigszins opheldert. Ik zélf heb namelijk een dergelijk méér-omvattend, nog meer integraal essay over de marihuana-problematiek aan de hoofdredacteur van ons tijdschrift aangeboden en wel met name het eerste deel van een driedelig opstel. De hoofdredacteur heeft mij toen om een kort commentaar gevraagd omdat hij meende, dat mijn bijdrage op dat moment té omvangrijk

was en aanvankelijk dacht, dat wellicht mijn uiteenzetting meer van belang zou zijn om in een specialistisch tijdschrift te verschijnen en niet in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Daar mij deze en nog andere argumenten aangesproken hebben, heeft zich in vanzelfsprekendheid bij mij de wilsbeschikking gevormd, met name het bedoelde essay op dat ogenblik niet te publiceren. Het opstel „leeft” nu een in-zichzelf-gekeerd „bestaan” in de stilte van een lade die zich binnen mijn studeerkamer bevindt. Andere onderwerpen, voortgekomen uit klinische research en onderzoek eisen mij op dit ogenblik gehéél op, zodat ik het cannabis-onderzoek ter zijde heb gezet. Ik vermoed, dat ik het driedelig opstel in de toekomst toch nog wel zal hér-nemen. In een objectiverende reflexie zal ik dan zeker dankbaar gebruik maken van de óp- en aanmerkingen, die mij van de Amsterdamse collegae en van collega Vos door de redactie van ons tijdschrift ter beschikking zijn gesteld.

Nijmegen, 10 februari 1972

J. J. G. PRICK

Een geval van korrelige maduromycose in Nederland

In het interessante artikel van DE VRIES c.s. (1972) over het eerste autochtone geval van maduromycose in Nederland, wordt gesproken over „de misleidende naam madurovoet”. Kennelijk doelen de auteurs hier op het feit dat de voet niet de enige plaats van de aandoening is.

Ik wil er echter op wijzen dat er nóg een reden is waarom de naam „Madurovoet” misleidend is. Hierdoor wordt nl. een relatie gesuggereerd met het eiland Madura, die niet bestaat. De aandoening werd het eerst beschreven in 1833 in de Zuidindiase stad Madurai. Door verbastering van deze geografische naam is het onjuiste praefix „Madura” in omloop gekomen, waardoor juist bij Nederlanders een verkeerde associatie ontstaat.

Literatuur. VRIES, G. A. DE en J. J. MORRIËN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 308.

Groningen, 29 februari 1972

A. H. KLOKKE

BERICHTEN

Buitenland

WERELDBERICHTEN

Pest. Volgens de wekelijkse epidemiologische berichten van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn in de afgelopen tien jaren (1961-1970) 20.000 lijdens aan pest geregistreerd, met 1516 sterfgevallen. In de Verenigde Staten is er een toenemende frequentie geweest, vooral in de Rocky Mountain-staten, waar (sinds 1950) 53 gevallen zijn gemeld, vooral bij mensen die de infectie in de vrije natuur hadden opgedaan. In 1970 zijn er over de hele wereld 852 pestgevallen gemeld, met 47 doden. Meer dan de helft daarvan zijn in Azië gemeld, alleen al in Vietnam 421 gevallen. In dat land waren er in totaal 3635 verdachte gevallen (met 59 doden), maar deze werden niet door laboratoriumonderzoek bevestigd. Europa heeft voor het eerst sinds jaren een pestgeval gehad, nl. een patiënt met bubonpest, die in 1970 uit Bombay naar Frankrijk was gereisd. De plaats van herkomst was te meer opmerkelijk aangezien al sinds 1948

geen pestgevallen meer in India zijn voorgekomen, voornamelijk als gevolg van het verbeterde toezicht van de gezondheidsdiensten. De diagnose pest wordt niet altijd direct gesteld, maar de meeste patiënten worden wel onmiddellijk behandeld met streptomycine en vooral tetracycline. In 1970 is op aandringen van de WHO Expert Committee on Plague, te Alma Ata in de USSR in het Centrale Instituut voor Onderzoek over Pestbeheersing een „International Reference Centre for Plague” gesticht. Dit centrum biedt hulp aan de laboratoria van de verschillende landen en aan de pestbestrijdingsdiensten, door identificatie van peststammen, knaagdieren en vlooiën. (*Comm. Med.*, 18 febr. bl. 88.)

CANADA

Inactivering van isoniazide. Isoniazide, het krachtigste middel tegen tuberculose, wordt in de lever geacetyleerd en onwerkzaam gemaakt door het enzym acetyltransferase. De snelheid waarmee dit gebeurt, berust op een erfelijke eigenschap. Men kan op basis van deze snelheid de mensen in-