

tussen „erkende geneesheer” en „alternatieve geneesheer” stellen.

Persoonlijk stel ik mij op het standpunt patiënten die alternatieve genezers hebben ingeschakeld, te blijven begeleiden c.q. behandelen tenzij – en daar kan ik de mening van de auteurs van het eerder genoemde artikel volledig onderschrijven – zij van deze alternatieve genezer gevaarlijke behandelingsvoorschriften hebben gekregen. In dat geval leg ik uit waarom ik de behandeling gevaarlijk en dus te ontraden acht, en dat ik om deze reden verdere begeleiding staak wanneer deze behandeling gecontinueerd wordt. Zolang de gebruikte middelen niet gevaarlijk lijken, maak ik er geen problemen over, maar ik steek mijn mening erover niet onder stoelen of banken.

We moeten niet vergeten dat ook wij, wetenschappelijk geschoolde genezers, vaak irrealistische behandelingsvoorschriften hanteren. Als klein voorbeeld wil ik het gebruik van nicotinezuur (Complamin, Ronicol) en andere vaatverwijders bij slagaderlijke obstructies noemen. Het is ondubbelzinnig aangetoond dat bij organische slagaderlijke obstructies deze middelen géén nut hebben. Toch krijgt minstens 50% van de patiënten met een dergelijke aandoening deze middelen vaak jaren achtereen. Daar doen we toch ook niet moeilijk over? We gaan die vertrouwensrelatie tussen een patiënt en zijn huisarts of internist, die deze middelen veelal voorschrijven, niet verstoren door hem abrupt het gebruik van deze medicijnen te ontraden. Zeker zullen we niet stellen dat wij verdere behandeling weigeren zolang hij deze medicijnen gebruikt. Om dezelfde redenen vind ik dat het gebruik van ongevaarlijke „medicijnen”, diëten enz., voorgeschreven door een alternatieve genezer waarin een patiënt een zeker vertrouwen stelt, geen motief mag zijn een patiënt verdere behandeling te weigeren.

Tot slot moet het mij van het hart dat ook ik me mateeloos erger aan de volkomen kritiekloze wijze waarop televisie, radio en schrijvende pers de zogenaamde alternatieve geneeswijzen benaderen. Het is eigenlijk vreemd dat in een tijd, waarvan we menen dat ze kritische geesten creëert, de verzorging van eigen lichaam zo ondermaats behandeld wordt door de media. Hier ligt een belangrijke taak voor de artsengorganisaties.

*Literatuur:* VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Eindhoven, december 1979

C. M. A. BRUYNINCKX

De Brief aan de Redactie van VERMEY, OLDHOFF, VAN DER PLOEG e.a. (1979) dwingt mij als arts die zich grotendeels bezighoudt met de chirurgie van hoofd-halstumoren tot een reactie. (Zie ook PRINS en MULDER 1979; Commentaar 1979.)

De strekking van het verhaal wijs ik pertinent af. VERMEY e.a. claimen een monopolie-positie voor de conventionele oncologische therapie, welke zich beperkt tot chirurgie, radiotherapie en chemotherapie. De matige resultaten die hiermee in de laatste decennia zijn bereikt en waarin nauwelijks verbetering wordt geconstateerd, zouden allen die deze orthodoxe behandeling toepassen tot grote bescheidenheid moeten dwingen. Een voortdurende bezinning is noodzakelijk. Waarom de stampij om Laetrile, terwijl zonder terughoudendheid chemotherapie wordt toegepast waarvan de schadelijke bijwerkingen sinds jaren algemeen bekend zijn (baat het niet, het schaadt vaak wel!). De schrijvers signaleren de algemene opvatting dat er aan kanker toch niets te doen is en het feit dat de geperfectioneerde behandelingstechniek patiënten afschrikt. Zij con-

cluderen dat de kankerpatiënt daarom „eenvoudige” behandelingen preferereert. Zouden de resultaten van de „geperfectioneerde behandelingstechniek” even perfect zijn als deze techniek zelf is, m.a.w. zou de kans op genezing bij voorbaat praktisch vaststaan, dan zou het afschrikwekkend effect waarschijnlijk aanzienlijk worden gereduceerd. De alternatieve kankertherapieën zouden hiermee hun bestaansreden verliezen.

Ik pleit hier geenszins voor alternatieve kankertherapieën, maar ik constateer evenals VERMEY c.s. dat ze bestaan. De vraag dient te worden gesteld: waarom bestaan deze therapieën. Antwoord: omdat de „conventionele rationele therapie” (zo genoemd door VERMEY c.s.) in veel gevallen faalt. De kwalificatie „rationeel” ervaar ik als uiterst pijnlijk. Nog pijnlijker is de mededeling „dat de individuele patiënt nadelig wordt beïnvloed, maar de vooruitgang van de kankerbestrijding evenzeer”. Betekent dit dat de kankerpatiënt in casu wordt beschouwd als onderzoeksobject?

Zouden VERMEY e.a. in plaats van „chirurgen die zich uitsluitend met kankerbehandeling bezighouden” te werk zijn gesteld bij bijvoorbeeld een aardoliemaatschappij met de taak nieuwe olie te vinden, zij zouden al lang zijn ontslagen of in het gunstigste geval zijn overgeplaatst. Wie de taak krijgt olie te vinden zal bij voorkeur niet in een oude, bijkans opgedroogde bron blijven boren, maar naarstig elders gaan zoeken. Verdediging van de status quo (conventionele behandeling: chirurgie, radiotherapie, chemotherapie) beïnvloedt de vooruitgang van de kankerbestrijding nadelig.

*Literatuur:* Commentaar (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1159. – PRINS, M. E. F. en J. MULDER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1141. – VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Rotterdam, december 1979

P. KNEGT

De collegae BRUYNINCKX en KNEGT komt onze dank toe voor hun reactie op onze Brief aan de Redactie.

Collega BRUYNINCKX lijkt onze zienswijze in grote lijnen te kunnen onderschrijven, maar schrikt in bepaalde omstandigheden terug voor de consequenties, zoals wij die ter discussie hebben gesteld. Minder dan hij hebben wij de neiging kanker tot de chronische ziekten te rekenen. Als deze groep zieken onbehandeld wordt gelaten is de ongunstige afloop in het algemeen op betrekkelijk korte termijn voorspelbaar. Die situatie doet zich voor als de kankerpatiënt zich vanaf de aanvang van zijn ziekte tot alternatieve geneeswijzen wendt. Het nut van dergelijke geneeswijzen is op zijn minst volledig onbekend en zeker niet wetenschappelijk vastgesteld. Daarom alleen al is het gebruik ervan gevaarlijk. Zoals reeds gezegd, dragen de patiënt en zijn alternatieve behandelaar de volle verantwoordelijkheid voor dit handelen.

Dat vereist echter wel degelijk een ondubbelzinnige stellingname van de arts die zijn medisch handelen op gegevens baseert die uit wetenschappelijk onderzoek zijn verkregen, wanneer die patiënt zich (weer) tot hem om raad of hulp richt. Om dezelfde reden keren wij ons ook tegen het voorschrijven van „officiële” geneesmiddelen waarvan is aangetoond dat zij geen enkel nut hebben, zoals collega BRUYNINCKX vermeldt. Die zijn dús gevaarlijk: primum nil nocere.

Uit het commentaar van collega KNEGT maken wij op dat hij het niet met ons eens is. Helaas laat hij na om voor zijn

opvatting zodanige argumenten aan te voeren dat het ons mogelijk is in kort bestek een zinvolle discussie daarover aan te gaan.

Tenslotte willen wij ter verdere verduidelijking van ons standpunt nog het volgende opmerken. Tot heden hebben uitsluitend chirurgie, radiotherapie, chemotherapie of combinaties daarvan bewezen een gunstig effect te hebben bij de behandeling van kankerpatiënten. Dat de resultaten van die behandeling tot bescheidenheid nopen mag geen argument zijn om alternatieve geneeswijzen toe te laten waarvan de positieve waarde voor de kankerbehandeling zelfs niet waarschijnlijk is gemaakt.

Patiënten, die zowel door ons als door alternatieve genezers zijn behandeld hebben de neiging een gunstig effect uitsluitend aan de alternatieve behandeling toe te schrijven. Met name de voedingswijzen worden langdurig voortgezet; na verloop van een aantal jaren is het voor de patiënt moeilijk zich aan de suggestie van een gunstig effect te onttrekken. Vaak dragen zij die mening in brede kring uit, daarin gesteund door de communicatie-media. Wij zijn het dan ook van harte eens met wat collega BRUYNINCKX in de laatste alinea van zijn schrijven opmerkt.

Het toelaten van deze behandelingen naast de „officiële” draagt er toe bij dat steeds meer kankerpatiënten zich in eerste instantie tot alternatieve behandelaars wenden. Zij komen dan in een zodanig vergevorderd stadium van hun ziekte bij de wetenschappelijk werkende arts, dat hij hun in curatief opzicht niets meer te bieden heeft. Dát is een zaak die de vooruitgang van de kankerbestrijding belemmert, en dáártegen willen wij waarschuwen.

Groningen, januari 1980

A. VERMEY  
J. OLDHOFF  
E. VAN DER PLOEG  
H. SCHRAFFORDT KOOPS  
R. C. J. VERSCHUEREN

## *Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten*

Op het artikel van J. VAN DER MEER (1978) zou ik enkele aanvullingen willen geven. Het stuk draagt bij tot beter begrip voor de psychische problematiek en achtergronden van de Marokkanen in Nederland, die zich in de lichamelijke sfeer pleegt te uiten, maar het doet ook enkele vragen bij mij rijzen:

1. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat de schrijver het culturele aspect overbelicht. Naar mijn ervaring uiten ook verscheidene Nederlandse patiënten dezelfde lichamelijke klachten zonder dat men organische afwijkingen vindt, ofschoon deze patiënten een geheel andere culturele achtergrond hebben. De culturele achtergrond speelt zeker een rol doch lijkt mij niet direct specifiek voor de lichamelijke klachten en verschijnselen te zijn. Ook vele Nederlandse patiënten kunnen de relatie tussen hun psychische spanningen en problemen en de lichamelijke verschijnselen niet altijd aannemen en zij wantrouwen de arts die hen hierop wijst of hebben „niets aan hem” (bijv. bij verschillende psychosomatische syndromen, conversie, hypochondrie).

2. De schrijver hanteert naar mijn indruk het begrip depressie niet medisch-psychiatrisch. Een depressie is een syndroom met stemmingsafwijkingen doch ook met vitale lichamelijke functiestoornis; gedrags- en activiteitenveranderingen horen erbij.

3. Wat VAN DER MEER zegt over de betekenis van een

goede voedingstoestand voor de Marokkanen (bl. 1556), geldt zeker ook voor weinig ontwikkelde Turken, Spanjaarden, Tsjechen, en vroeger gold dit zeker ook voor vele Nederlanders.

4. Het verschil in benadering van de patiënt door een Spaanse en een Nederlandse arts wil nog niet zeggen dat dus de Nederlandse arts de Spaanse moet gaan nabootsen. De Nederlandse arts zou misschien zijn aanpak wat moeten aanpassen (bijv. meer suggestieve behandelingen verrichten) doch de spanning tussen de achterstand in algemene ontwikkeling en de moderne geneeskunde blijft altijd voor de nodige problemen zorgen. De Marokkaan moet geen slachtoffer hiervan zijn, doch waar ligt de grens? Door de traditionele, paternalistische, autoritaire benadering blijft men de patiënt infantiliseren en dom houden. Weliswaar is de arts niet de enige die de patiënten moet gaan opvoeden tot beter begrip van de psychosomatische stoornissen, het gemis aan een dergelijke opvoeding door de nieuwsmedia bijv. blijft zich nog lang bij de buitenlandse patiënten manifesteren.

5. Behalve de aanbeveling voor suggestieve of ontspanningstherapie noemt ook de schrijver in feite geen specifiek psychiatrische therapeutische aanpak. De oplossing van vervroegde pensionering lijkt mij inderdaad in sommige gevallen het enig haalbare en rechtvaardige te zijn. Doch het gevaar dat, als men dit automatisch gaat toepassen „het hek van de dam is”, is zeker ook reëel. Wie van de meeste buitenlandse arbeiders zou het voorbeeld niet willen volgen als hij ontdekt dat het vrij makkelijk is om afgekeurd te worden en met een uitkering in *eigen* land verder te leven. Zo'n ideale oplossing is een snelle beslissing tot afkeuring voor zijn werk op medische gronden dus niet.

De psychiater of een andere medische specialist moet individueel goed onderzoeken wat er werkelijk aan de hand is en daar met behulp van zijn vakkennis en technische hulpmiddelen achter trachten te komen. De cultureel antropoloog of een Arabischsprekend maatschappelijk werker zou de medische specialist bij het zoeken naar objectieve criteria voor de vaststelling van de ziekte, eventueel invaliditeit, kunnen helpen. Met sentiment alleen komt men er niet uit. De Marokkanen, hoe cultureel verschillend ook, zijn ook als mensen met hun gevoelens en gedragingen met de Nederlanders te vergelijken. Men zou van de ene fout in de andere vervallen als men ze in plaats van zuiver medisch (volgens de westerse maatstaven) alleen transcultureel beoordeelt.

Het blijft wel een moreel probleem dat het de medicus moeilijk maakt objectief tegenover de buitenlandse patiënt te staan. Beschouwt men de buitenlandse arbeider als een vrij normaal sociaal verschijnsel (arbeidsmigratie bestond er altijd, het is geen schuld van ons politiek economisch systeem alleen!), dan staat men ook als medicus anders tegenover deze patiënten dan wanneer men ze als hulpeloze slachtoffers van een onrechtvaardige gedwongen arbeidsmigratie beschouwt. Het schommelen tussen deze twee uitersten verklaart misschien ook het verschil tussen artsen bij de bepaling van de arbeidsongeschiktheid van een buitenlandse werknemer.

Hoe minder exact en objectief verifieerbaar de klachten en verschijnselen van de patiënt zijn, hoe willekeuriger en van meer algemeen menselijke aard worden de overwegingen op grond waarvan de arts de beslissing over arbeidsongeschiktheid zal nemen. Vooral op het psychische vlak doet zich deze moeilijkheid voor. Er zijn „harde” en „zachte” psychiaters, en het is eigenlijk onrechtvaardig dat het van het toeval moet afhangen bij welke van deze twee type psychiaters de patiënt terecht komt. Men zou moeten