

streven naar een betere regeling. Of de medisch-psychiatrische criteria voor arbeidsongeschiktheid duidelijker opstellen, of een andere niet-medische „specialist” betrekken bij deze beslissing, waarbij ook niet zuiver medische (dus ook sociale, culturele en algemeen menselijke) aspecten een grote rol spelen. En dat zowel voor autochtonen als voor allochtonen.

Het probleem van het schatten van hun arbeidsgeschiedenis is deels gelijk aan dat bij de Nederlandse patiënten. Is hypochondrie, conversie, „overspannen zijn”, een ziekte of kan dit zelfs een reden van blijvende invaliditeit zijn, of niet? Als psychiater is men geneigd dit aan te nemen als een duidelijke ontwikkeling hiertoe geleid heeft (ouderlijke situatie, de jeugd bijv.), maar ook als geen duidelijke neurotische ontwikkeling is vast te stellen? Veel hangt af van de mate en de duur van de klachten en de verschijnselen. Een zekere lijdensweg is nu eenmaal nodig voordat men tot invaliditeit op psychische gronden kan besluiten. Een snelle erkenning van (blijvende) arbeidsongeschiktheid kan soms juist tot fixatie in de invaliditeit leiden.

Het artikel van VAN DER MEER maakt nog eens duidelijk in welke moeilijke situatie de Marokkaanse patiënten in Nederland kunnen verkeren en ook dat deze in vele opzichten met die van de Spaanse, Turkse en andere buitenlandse patiënten te vergelijken is. Maar hoe de arts dan wél de situatie van de buitenlandse arbeiders beter kan doorgronden en diagnostiseren, en hoe hij hieruit praktische consequenties voor de behandeling kan trekken, blijft onduidelijk. Ik hoop dat de discussie hierover geleidelijk tot meer helderheid en betere behandeling zal leiden. De medische therapie zal waarschijnlijk maar een deel van de aanpak van het probleem van de buitenlandse werknemerspatiënten blijven. Ik heb de indruk dat men nu van de medicus iets verwacht wat hij niet kan realiseren, nl. behalve een medisch ook een sociaal politiek, economisch probleem, althans voor het individuele slachtoffer, oplossen.

Literatuur: MEER, PH. J. VAN DER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1555.

Haarlem, november 1979

M. KABELA

Het gaat niet zozeer om de culturele aspecten van het ziektebeeld zelf, maar om de wijze waarop Marokkaanse patiënten hun ziekte, de behandeling ervan en de relatie met hun arts interpreteren. Daarin spelen specifiek Marokkaanse opvattingen over ziekte, genezing en dood een grote rol. Vele van deze patiënten verliezen inderdaad een aanzienlijke hoeveelheid lichaamsgewicht, voor Marokkanen een signaal dat het ziekteproces afglijdt naar de dood. Nog bedreigender is het gebrek aan seksuele potentie. Voor betrekkelijk jonge mannen is dit het bewijs dat hun ziekte catastrofale vormen heeft aangenomen.

De Marokkanen waarderen Spaanse artsen juist omdat zij aan hun verwachtingen voldoen. Wat Nederlandse artsen in elk geval moeten doen, is: de patiënt een hand geven, hem aankijken, hem onderzoeken, overtuigende uitspraken doen, en de patiënt het gevoel geven dat de arts de zorg voor zijn probleem op zich neemt. Een patiënt zonder lichamelijke onderzoek verwijzen of aan het werk sturen is voor Marokkanen een volkomen ongerijmd gedrag. In het geval van decompensatie, waar de prognose slecht is, moet de arts minstens meedelen dat de ziekte zeer moeilijk is, „niet als een gebroken been”, en dat genezing lang op zich kan laten wachten. Meestal leg ik uit dat de ziekte „verborgen zit in het lichaam”, en daardoor ook op foto's niet

gezien kan worden. Dit is voor deze patiënten goed te begrijpen en verklaart voor hen waarom genezing moeilijk is. Voor hen staat verder vast dat God ziekten in alle vormen kan brengen, dus ook ongeneeslijke.

Ik betwijfel of men Marokkaanse bergbewoners inzicht in psychosomatische ziekten kan bijbrengen; het is mij in langdurige gesprekken niet gelukt. De gedachtegang van de invloed van het psychische past in het geheel niet in de Marokkaanse opvattingen over oorzaken van ziekte. Marokkaanse psychiaters streven dit ook niet na; zij achten deze patiënten overigens in grote trekken onbehandelbaar.

Ik ben het pertinent met KABELA oneens als hij suggereert dat buitenlandse arbeiders wel graag afgekeurd naar eigen land zouden willen vertrekken. Marokkaanse bergbewoners met name hebben een sterk arbeidsethos, geheel in tegenstelling tot wat in Nederland doorgaans over Arabieren wordt gedacht. Een man telt pas als hij werkt en zo voor zijn gezin en familie zorgt. Patiënten zeggen vaak: „Geld krijgen en nietsdoen is schande. Maak mij gezond en ik ga weer aan het werk, ik ben hier niet gekomen om stil te zitten!”

Utrecht, december 1979

PH. J. VAN DER MEER

Verbroken communicatie en herstel van de verbinding

Naar aanleiding van het artikel van collega P. H. DAMSTÉ (1979) graag het volgende. Collega DAMSTÉ uit zich wat negatief over communicatiehulpmiddelen als de Cannoncommunicator en Elkomi. Ten onrechte worden deze hulpmiddelen door sommigen aanbevolen voor patiënten met een spraakstoornis ten gevolge van afwijkingen in de larynx. Ze zijn hiervoor echter niet bedoeld. Terecht raadt collega DAMSTÉ aan in dat geval iets op te schrijven. Misschien ontmoet collega DAMSTÉ dergelijke patiënten vaker dan degenen voor wie deze apparatuur wel geïndiceerd is, namelijk patiënten met ernstige (bijv. spastische) paresen waardoor niet alleen de spraak doch ook andere (bijv. manuele) expressiemogelijkheden goeddeels zijn uitgevallen. Hun aantal is helaas – althans in vergelijking met het aantal patiënten met laryngeale spraakstoornissen – niet klein. Bovendien is deze apparatuur – althans de Elkomi – herhaaldelijk een waardevol hulpmiddel gebleken voor patiënten in een terminaal stadium, om hen in staat te stellen nog enigermate actief in hun familie te communiceren.

De genoemde apparaten zijn, doordat ze op commerciële schaal geproduceerd en gedistribueerd worden, betrekkelijk goedkoop. Een elektrische schrijfmachine, zeker gecombineerd met speciale bedieningsaanpassingen, is veel duurder, zij het dat deze apparatuur van grote waarde kan zijn voor hen die met een Elkomi of Cannoncommunicator zich niet „verstaanbaar” kunnen maken. De commerciële verkrijgbaarheid van dergelijke apparaten heeft voorts het voordeel dat er een zekere reclame gemaakt wordt waardoor de betrokken gehandicapten en hun verzorgers op de mogelijkheden geattendeerd worden. Uiteraard is het dan zaak dat artsen, paramedici, technisch-medische adviseurs van (sociale) verzekeringen enz. toezien op de indicatiestelling. Daarvoor zijn een zekere kennis en ervaring nodig. In dit verband ben ik toch blij met het artikel van collega DAMSTÉ. Ik neem aan dat collega DAMSTÉ het mij niet euvel duidt dat ik probeer voor de genoemde hulpmiddelen een zeker eerherstel te bereiken. Uiter-

aard is – als gesteld – een juiste indicatiestelling essentieel. Helaas is de kennis omtrent een en ander, ook in revalidatiecentra en verpleeghuizen beperkt en verspreid over veel disciplines. Onlangs (7 september jl.) werd door de „Stichting ter bevordering van aanpassing voor gehandicapten” daarom een studiedag georganiseerd. Informatie hierover is op te vragen p.a. Zwarte weg, Aalsmeer en is voorts te vinden in het informatorium van de AVG, p.a. Voorburg-

seweg, Leidschendam en in een uitvoeriger Amerikaanse publikatie *Non vocal communication* (21202. Resource Book University Press, Baltimore, Maryland).

Literatuur: DAMSTÉ, P. H. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1990.

Amsterdam, december 1979

C. P. DUBBELMAN

BERICHTEN

Buitenland

AUSTRALIË

Goklust en alcoholisme. – C. C. ALCOCK van het Parramatta Psychiatrische centrum in Nieuw-Zuid-Wales wijst op het gebrek aan aandacht voor en kennis van de problemen die de verslaving aan gokken veroorzaakt. Dergelijke problemen zouden bij 1% van de bevolking voorkomen, terwijl de behandelingsmogelijkheden weinig bekend zijn. Bij een onderzoek van 4 groepen van 20 personen, resp. gokkers, alcoholici, niet-alcoholische patiënten en stafleden, vond ALCOCK een sterk verband tussen alcoholmisbruik en spelverslaving. Onder de familieleden van de eerste 3 groepen werden meer aan spel verslaafden gevonden dan bij die van stafleden. De schrijver raadt aan om bij de anamnese niet alleen naar alcoholmisbruik te vragen, maar ook naar excessieve goklust bij patiënt en zijn familieleden. De behandeling van aan het spel verslaafden wordt volgens schrijver ten onrechte vaak als hopeloos beschouwd. Hij wijst op het bestaan van organisaties als Gamblers Anonymous die vaak goede hulp bieden. Ook psycho-analyse en gedragstherapie kunnen verbetering geven. In samenwerking met N. MCCONAGHY van het Prince of Wales-ziekenhuis in Sydney heeft ALLCOCK met gedragstherapie gedurende één week goede resultaten geboekt, zoals bij beoordeling na een jaar is gebleken. (*Med. J. Aust.* (1979) II, 419.)

FRANKRIJK

Een nieuw hepatitisvirus non-A non-B aangetoond. – Uit dierproeven is gebleken dat de non-A non-B (NANB)-hepatitis, die in de Verenigde Staten bij 10% van de patiënten na bloedtransfusie ontstaat, door een virus wordt veroorzaakt. Het door het National Institute of Health verrichte histologisch onderzoek bij chimpansees, besmet met NANB-bloed van verschillende oorsprong, maakte het waarschijnlijk dat er twee virussen in het spel waren (zie *Ned. T. Geneesk.* (1979) 123, 1764). Eén van deze twee werd door de Fransman CH. TREPO, hepatoloog verbonden aan de Universiteit van Lyon, aangetoond. W. GOLDEN (*J. Amer. med. Ass.* (1979) 242, 2517) vermeldt dat op het congres in Chicago van de American Association for the study of liver diseases door TREPO met behulp van elektronenmicroscopie gemaakte foto's van het virus werden getoond. Het virus lijkt sterk op het hepatitis B-virus, maar is iets kleiner (35-40 nm tegen ca. 42 nm). TREPO wil liever van een B1- of B2-virus spreken dan van een hepatitis C-virus. Het virus kon drie weken na de transfusie in het bloed van patiënten worden aangetoond, waarna pas 3-6 weken later de eerste klinische verschijnselen ontstonden. Het nieuwe virus veroorzaakt het grootste deel van de NANB-hepatiden. Men verwacht dat de door de Japanner

RYOICHI SHIRACHI ontwikkelde en door TREPO voor screeningonderzoek bruikbaar gemaakte methode van immunodiffusie binnenkort ter beschikking van alle bloedtransfusiediensten zal komen, waardoor 90% van alle gevallen van NANB-hepatitis na bloedtransfusie kan worden voorkomen. Het congres liet niet na zijn bewondering te uiten en W. C. MADDREY van het Johns Hopkins Hospital in Baltimore sprak van „a very exciting development” dat belangrijke klinische en wetenschappelijke resultaten zal opleveren.

A. L. NOORDAM

Binnenland

Vakanties en therapeutische kampen voor CARA-patiënten. – Het Nederlandse Astma Fonds organiseert een aantal groepsreizen voor ernstige CARA-patiënten die niet bedlegerig zijn en op andere wijze niet met vakantie kunnen gaan. Voor sommige reizen worden bepaalde eisen aan de longfunctie gesteld. Familieleden mogen deze patiënten begeleiden. Voor astmatische jongeren zijn er weer therapeutische kampen in Nederland.

Folders en inlichtingen kan men vragen aan het Nederlands Astma Fonds, postbus 5, 3830 AA Leusden; tel. 033-41812 (na 12 februari 033-941814).

Prijs van het Klinisch Genootschap Rotterdam. – De klinisch Genootschapprijs wordt iedere 2 jaar toegekend aan een jonge onderzoeker uit de regio Rotterdam als onderscheiding voor veelbelovend wetenschappelijk werk op het gebied van de klinische geneeskunde of een daarmee duidelijk verband houdend werkterrein. De jury, bestaande uit prof. dr. P. KOOREMAN, oud-hoogleraar chirurgie te Rotterdam, voorzitter, dr. W. DE JONG, farmacoloog te Utrecht, prof. dr. M. KOSTER en prof. dr. J. VREEKEN, beiden hoogleraar interne geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, heeft de prijs voor 1979 toegekend aan dr. S. W. J. LAMBERTS van de afdeling interne geneeskunde en klinische endocrinologie, Academisch Ziekenhuis-Dijkzigt te Rotterdam.

De prijsuitreiking geschiedt in de vergadering van het Genootschap op 14 februari 1980, welke aanvangt om 20.15 uur in de hoogbouw van de Medische Faculteit.

Kinderen met lichte hersenbeschadiging. – Het verslag dat de Stichting Integratie Buitenbeentjes heeft gemaakt van de congresdag op 9 november 1979 te Utrecht, is thans gereed.

Inlichtingen zijn te verkrijgen bij de Stichting Integratie Buitenbeentjes, van Anrooijstraat 132, 5343 BE Oss; tel. 04120-32313.