

kundig gebruik van ontvlambare vloeistoffen waardoor de vlam in de fles sloeg zodat er een soort vlammenwerper-effect ontstond. Enige patiënten moesten langdurige en pijnlijke behandelingen ondergaan. Zij hebben dan ook enorme schadeclaims ingediend. Hoewel dit ook indirect preventief kan werken is uiteraard een rechtstreekse preventie veel beter, met name door goede instructie van het bedienende personeel en door het uitvaardigen van speciale

brandveiligheidsvoorschriften waardoor „face flambée” voortaan niet meer in deze restaurants geserveerd zal worden.

Literatuur: ACHAUER, B.M., R.A. BARTLETT en P.A. ALLYN (1982) *J. Amer. med. Ass.* 247, 2271.

F. KUIPERS

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Hoe blijft een mens gezond?

In het artikel van VAN BEKKUM en MEIJLER (1982) en in de discussie die daarna in het tijdschrift is ontstaan bleef tot nu toe een belangrijk facet vrijwel buiten beschouwing: die van het systeem waarbinnen respectievelijk de „reguliere” en de „alternatieve” geneeskunde werken. Toch is die systeembeschouwing essentieel wil er niet een nog wijdere kloof ontstaan tussen beide benaderingen van de zieke mens dan er nu al is.

Van Bekkum en Meijler werken binnen een systeem dat geheel mechanisch bepaald is: dat van atomen, fysisch-chemische reacties, bloedvaten, zenuwbanen, bestraling, ECG, het mes, het microscoop, met de patholoog-anatoom als hoogste rechter. Het wetenschappelijke: hoe, is het criterium dat dé grote rol speelt. De „alternatieven” werken binnen een geheel ander systeem, dat van het waarom. Ze beschouwen in overgrote meerderheid de mens als een totaal systeem. Ze beschouwen ziek zijn van een orgaan-systeem als een uiting van ziek zijn van het totale systeem van de mens, met zijn psyche en soma. In dat systeem pogen zij op zodanige plaatsen en op zodanige wijze iets te veranderen dat het zieke deelsysteem ophoudt ziek te reageren.

Het totale systeem blijft in de benaderingswijze van Van Bekkum en Meijler vrijwel geheel buiten beschouwing. Hun redenering lijkt te zijn: tot nu toe hebben de „alternatieven” geen enkel succes geboekt. Er dient derhalve geen geld of moeite geïnvesteerd te worden in onderzoek van hun benaderingswijze, want dat rendeert toch niet.

Ik bestrijd dat ten eerste op theoretische grond. De systeemtheorie leert dat het bestaan van een tot nu toe geheel succesvolle interventie het nuttig maakt door te blijven zoeken naar additionele en meer effectieve manieren van interventie, waar dan ook in het systeem, om het rendement van de interventies te vergroten. De benaderingswijze van Van Bekkum en Meijler heeft wel grote successen geboekt maar er zijn nog steeds vele hulpzoekenden die niet de volledig effectieve hulp krijgen waarop ze hopen. Voorbeelden hiervan: bij het bestrijden van kanker gezezen lang niet allen; er is nog steeds een aanzienlijk percentage van hen die aan de ziekte overlijdt. Hart- en vaatziekten zijn nog steeds legio aanwezig. Recidieven na een zeer zorgvuldig behandeld hartinfarct zijn niet zeldzaam. Hypertensie wordt vaak symptomatisch bestreden met medicamenten die levenslang moeten worden ingenomen. Reuma, multipole sclerose, de ziekte van Parkinson behoren tot een zelfde categorie, waarbij slechts in minderheid van de gevallen de patiënten klachtenvrij raken en blijven.

Ik bestrijd hun redenering ook op praktische gronden. Tot nu toe is geen enkel onderzoek van de alternatievelingen op grote schaal gesubsidieerd. Er is geen geld voor

beschikbaar. Te zeggen dat er daarom geen geld en moeite in geïnvesteerd dienen te worden is daarom onjuist. Slechts indien grotere projecten op dit gebied wel met geld en energie worden uitgevoerd en negatieve resultaten blijken te geven, zal een heroverweging dienen plaats te hebben.

Een derde grond waarop ik met Van Bekkum en Meijler van mening verschil is dat er wel degelijk resultaten geboekt zijn, met name door prof. Groen en de zijnen op het gebied der psychosomatische geneeskunde (welke in wezen eveneens „alternatief” genoemd dient te worden) en meer recent door het werk van VAN DYL (1980), die aangetoond heeft dat degenen die tot een hartinfarct neigen een gemeenschappelijk persoonlijkheidsprofiel hebben. Dan is er het werk van de Duitse onderzoeker GROSSARTH-MATCEK (1979), die heeft aangetoond dat bij kanker eveneens een persoonlijkheidsprofiel vrijwel altijd aanwezig is. Het is daarvan uitgaande geen grote stap de mensen in staat te stellen hun doen en laten in het leven te veranderen en daarmee hun ziekteproces in omgekeerde richting ongedaan te maken. Verder is er de anesthesie door acupunctuur die in China feitelijk ook bij grotere operaties wordt toegepast. Er is in de Verenigde Staten het werk van REICH (1973) en later van BANDLER en GRINDLER (1979).

Ik meen dat Van Bekkum en Meijler als vertegenwoordigers der „reguliere” geneeskunde de premisse hebben dat de mens niet autonoom kan zijn, dat hij niet in staat is zijn doen en laten, zijn denken en voelen, zijn lichaamsprocessen te beheersen. Psychotherapeuten en andere alternatievelingen gaan daar wel vanuit. Premissen zijn een soort geloof. Met andere woorden, er zijn twee geloven: de reguliere en de alternatieve medico-theologie. Zo is de psychiatrie resp. psychotherapie een vorm van respectievelijk niet dan wel de processen van denken, voelen en handelen kunnen beheersen. Het eerste leidt tot medicamenteuze behandeling van schizofrenen en depressieven, het laatste tot psychotherapie van schizofreen en depressief doenden. De vergelijking is ontleend aan BANDLER en GRINDLER (1979).

Samenvattend zie ik slechts één weg uit de bestaande dichotomie: het weer stellen dat er een geneeskunst bestaat, met toepassen van al die methodieken die effectief blijken. Die geneeskunst kan worden onderverdeeld in drie gebieden: de „reguliere” geneeskunde die zich bedient van mechanische middelen en onderzoeken, de „psychotherapeutische” die zich bedient van psychotherapeutische methoden en onderzoeken, en de „aanvullende” geneeskunde die zich bedient van haar eigen methodieken en onderzoeken. Alle drie vormen van geneeskunde dienen zich te bedienen van een medische „accountancy”, van statistiek en rendementsbeschouwing. Ik denk dat beschikbare fondsen en energie verdeeld dienen te worden over de drie gebieden.

Literatuur: BANDLER, R. en J. GRINDLER (1979) *Frogs into prices*. Real People Press. – BEKKUM, D.W. VAN en F.L. MEIJLER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1238. – DYL, VAN (1980) *Psychologische kenmerken van hartinfarctpatiënten*. Proefschrift Maastricht. – GROSSARTH-MATCEK, R. (1979) *Krankheit als Biographie*. Klepenhaver & Witsch. – REICH, W. (1973) *The cancer biopathy*.

's-Gravenhage, oktober 1982

F.E.J. BOURICIUS

Het heeft weinig zin uitvoerig in te gaan op het ingezonden van collega Bouricius. Als wij niet in staat blijken onze boodschap met toetsbare argumenten over te brengen, hoe moeten wij dan overtuigd worden of althans enigzins bekeerd raken met ontoetsbare stellingen? Er wordt steeds meer beweerd dat de „alternatieve” geneeskunde zo weinig kansen krijgt, omdat er niet in geïnvesteerd wordt, terwijl het traditionele of reguliere geneeskundige onderzoek grote sommen geld opslokt. Alsof dat vanzelf gaat! Alsof ondergetekenden hun hoofd maar om de deur van één of ander Departement behoeven te steken en de geldkraan gaat rinkelen. Neen, stapje voor stapje moeten wij met (door onafhankelijke derden) toetsbare gegevens de geldgevers ervan overtuigen dat wij (en anderen, uiteraard) op aantoonbare en reproduceerbare wijze bezig zijn met onderzoek dat op heldere vragen een duidelijk antwoord tracht te geven. Onderzoek, dat op grond van juist het toetsbare en reproduceerbare, wetenschappelijk genoemd mag worden. Alle andere vormen van onderzoek van en naar de gezonde en zieke mens is wat ons betreft toegestaan, maar het draagt niet bij, heeft althans nog nooit bijgedragen tot enige vermeerdering van inzicht in de processen die aan zichtbare ziekten ten grondslag liggen.

Aan het feit dat de oorzaken en behandelingswijzen van tal van ziekten nog onvoldoende bekend zijn, kan men niet het recht ontnemen de traditionele wetenschappelijke methoden als fundamenteel te kort schietend te beschouwen. Alle, maar dan ook werkelijk alle, successen in ziektebestrijding en gezondheidsbewaking zijn te danken aan traditioneel wetenschappelijk onderzoek. Toegegeven, er liggen nog gigantische onopgeloste problemen voor ons, maar het verlaten van de enige en duidelijk zichtbare weg, die in het verleden tot grote successen heeft geleid voor een schaars verlicht pad in een doolhof van niet definieerbare begrippen en ontoetsbare premissen achten wij zo hachelijk voor de gezondheidszorg van de toekomst, dat wij precies daarom ons artikel hebben geschreven.

Rijswijk,
Utrecht, oktober 1982

D.W. VAN BEKKUM
F.L. MEIJLER

Welk 8-MOP-preparaat verdient de voorkeur bij PUVA-therapie?

In hun brief aan de redactie trachten L.M.L. STOLK en R.H. CORMANE (1982) een antwoord te geven op de vraag „Verdient toediening van 8-MOP in de vorm van Meladinine-tabletten de voorkeur bij PUVA-therapie?”. De auteurs concluderen dat dit niet het geval is. Als argument wordt aangevoerd dat er naast de in Nederland verkrijgbare geregistreerde preparaten, niet-geregistreerde geneesmiddelen en door de apotheek te bereiden toedieningsvormen te verkrijgen zijn, met eigenschappen die „gunstiger lijken” dan die van Meladinine. Behalve dat er geen vergelijkend

onderzoek bekend is dat als basis voor een dergelijke uitspraak kan dienen, gaan de auteurs voorbij aan de autoriteit die het College ter Registratie van Geneesmiddelen heeft om de toelaatbaarheid van geneesmiddelen te beoordelen.

Beperkt men zich tot een vergelijking van geregistreerde 8-MOP-preparaten in Nederland, onzes inziens een reële aanpak die beslist geen „eenzijdige” en (of) „onvolledige” voorstelling van zaken geeft, dan staan daar op dit moment twee gepubliceerde onderzoeken ter beschikking, dezelfde als door de brieven schrijvers worden aangehaald. Ten eerste dat van HERFST e.a. (1982): in een crossover onderzoek wordt aangetoond dat met Meladinine-tabletten (firma Basotherm) significant hogere 8-MOP-serum-concentraties op een eerder tijdstip worden bereikt dan met Oxsoralen-capsules (firma Elder). Het tweede onderzoek is dat van MENNE e.a. (1981): bij een zevental preparaten, waaronder Meladinine-tabletten, Oxsoralen-capsules en Geroxalen-capsules (firma Gerot), overigens identiek aan Methoxalen-capsules (firma Gerot), werden zowel maximale plasmaspiegels (C_{max}) bepaald als de tijd die nodig was om het maximum te bereiken.

Volgens Stolk en Cormane was er geen verschil in farmacokinetisch gedrag. Hoewel de verschillen tussen genoemde preparaten in dit laatste onderzoek niet statistisch significant zijn, is de trend in farmacokinetische waarden voor Meladinine gunstiger (zie tabel).

INDIVIDUELE WAARDEN (C_{MAX}, P_{MAX}) (BRON: MENNE 1981)

	Mel.	Oxs.	Ger.
C _{max} (ng/ml)	343	250	157
	181	115	85
	25	22	32
T _{max} (min.)	60	100	150
	90	80	80
	60	180	120

Evenals bij het onderzoek van HERFST e.a. (1982) mag worden aangenomen dat dergelijke hoge plasmaconcentraties van Meladinine zich manifesteren in een lagere MPD en dat het bereiken van het maximum binnen anderhalf uur van belang is als na twee uur met bestralen wordt aangevangen. De klinische relevantie is hier duidelijk en reikt verder dan een discussie over de waarde van statistische significantie met betrekking tot dit onderzoek, waarbij reeds van te voren verwacht kon worden, door de gebruikte proefopzet, dat de statistiek hier geen steun zou kunnen bieden.

Concluderend menen wij nog steeds te kunnen stellen dat: (1) van de geregistreerde 8-MOP-preparaten Meladinine-tabletten de voorkeur verdienen bij PUVA-therapie op basis van de gegevens op dit moment; (2) een advies voor niet-geregistreerde preparaten niet wenselijk is en schade berokkent aan het streven naar een optimale farmacotherapie.

Literatuur: HERFST, M.J. en F.A. DE WOLFF (1982) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 13, 519. – MENNE, T., K.E. ANDERSEN, E. LARSEN e.a. (1981) *Acta dermat. venerol. (Stockholm)* 61, 137. – STOLK, L.M.L. en R.H. CORMANE (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1928.

Alkmaar, oktober 1982

Basoderm
P.J.G. CORNELISSEN
K.W. KALF