

bij de voorbereiding van een en ander heeft gehad.

Helaas kan men nog niet zeggen, dat de maatschappelijk werkster een vaste teamgenote van de huisarts is bij de behandeling van de aan hem toevertrouwde gezinnen. Deze samenwerking verkeert nog in het experimentele stadium. Met het oogmerk een nauwer en veelvuldiger contact tussen maatschappelijk werk en huisartsgeneeskunde te bewerkstelligen, heeft de congrescommissie gemeend deze zo gewenste samenwerking als tweede onderwerp van het N.H.G.-congres te moeten kiezen. Men zal kennis kunnen nemen van de resultaten van drie experimenten, die te Amsterdam, Apeldoorn en Nijmegen plaats vonden, terwijl als demonstratie een volledige casusbespreking zal worden gegeven. Hopelijk zal dit vele huisartsen stimuleren zich in eigen

omgeving nader over de op dit gebied aanwezige mogelijkheden te oriënteren.

Het damesprogramma is eveneens gevarieerd en begint met een voordracht, verlevendigd door dia-positieven en een demonstratie, over de toepassing van keramiek in de oude en moderne kunst. Na de gezamenlijke koffiemaaltijd volgt een geschiedkundig-sociologische bijdrage over het antisemitisme, waarna het poppentheater borg staat voor een boeiende presentatie.

Twijfel om op 21 november 1964 gezamenlijk naar Utrecht te komen, mag worden weggenomen door de mededeling dat op veler verzoek de datum van het congres een week werd vervroegd, zodat de laatste zaterdag van de maand volledig beschikbaar blijft voor het doen van Sint Nicolaasinkopen.

E. van Westreenen

## *Kan de huisarts een integrale of antropologische geneeskunde beoefenen?\**

DOOR PROF. DR A. L. JANSE DE JONGE, HOGLERAAR IN DE PSYCHIATRIE AAN DE VRIJE UNIVERSITEIT TE AMSTERDAM

Toen de organisatoren van dit symposium mij uitnodigden over het onderwerp „Moderne geneeskunde-tweestromenland” te spreken, heb ik wel even gearzeld deze uitnodiging aan te nemen. Deze aarzeling hield niet zozeer verband met het feit, dat inderdaad in de moderne geneeskunde twee stromen te onderscheiden vallen, als wel daarmee, dat ik werd uitgenodigd te spreken over de vraag of de huisarts een integrale of antropologische geneeskunde kan beoefenen. In de eerste plaats ben ik geen huisarts en heb ik ook nooit de huisartspraktijk uitgeoefend. Wat ik te berde breng, zal dan ook meer het karakter dragen van een beschouwing over de waarde van de integrale geneeskunde voor de huisarts dan dat direct vanuit de dagelijkse problemen van de huisarts kan worden gesproken.

In de tweede plaats vond ik het moeilijk tot een inzicht te komen omtrent datgene wat men onder integrale geneeskunde wil verstaan. Dit brengt met zich mede dat ik alleen enkele kanttekeningen wil maken bij de algemene problematiek van de integrale geneeskunde.

Over de actualiteit van het onderwerp behoef ik niet uit te weiden. De toenemende specialisering op het gebied van de geneeskunde leidt er toe, dat men zich af en toe op deze ontwikkeling moet bezinnen en de vraag aan de orde gaat stellen, of die specialisering niet zulke belangrijke nadelen met zich brengt, dat op den duur deze ontwikkeling tot zeer onaangename consequenties zal voeren. Daartegenover staat dat de positie van de huisarts steeds meer in het geding is gekomen en dat het

verheugend is te zien, dat na de laatste wereldoorlog de huisartsen zelf het initiatief hebben genomen om over hun vak te spreken en zich steeds meer zijn gaan bezinnen op de eigen aard van het werk van de huisarts.

Van verschillende zijden heeft men getracht, door een nadere beschrijving van het werk van de huisarts, bepaalde aspecten naar voren te brengen, die langzamerhand wat verwaarloosd werden. Het eigen en specifieke van het werk van de huisarts moest opnieuw worden doordacht. *Querido* kwam tot de uitspraak: „Integrale geneeskunde is het specialisme van de algemene arts” en met deze paradoxale verbinding van de begrippen specialisme en integrale geneeskunde heeft hij op voortreffelijke wijze de speciale problematiek van het huisartsbestaan weergegeven. Zoals elke paradox brengt ook deze de opdracht met zich mede, dat verder over het probleem moet worden nagedacht en in het tijdschrift „huisarts en wetenschap” zijn dan ook de laatste jaren tal van artikelen verschenen, waarin vragen rondom de integrale geneeskunde aan de orde gesteld en dikwijls op heldere wijze uiteengezet werden. Ik zie als mijn taak niet zozeer nader te spreken over de actualiteit van het onderwerp of diep in te gaan op de problemen van de specialisatie, als wel de vraag aan de orde te stellen of de huisarts inderdaad een integrale of antropologische geneeskunde kan beoefenen.

In de titel, die aan mijn onderwerp is gegeven, schuilt ook reeds een zekere impliciete vraagstelling. Er worden hier namelijk twee termen gebruikt: integraal en antropologisch, om daarmee een bepaalde visie op de geneeskunde aan te geven. Daarbij komt dan nog de vraag, of deze beide visies op

\* Voordracht, gehouden op de vijfde Apeldoornse artsen-cursus op 24 september 1963.

de geneeskunde van bijzondere betekenis zijn voor het werk van de huisarts.

Het is niet mijn bedoeling een zekere tegenstelling tussen de begrippen „integraal” en „antropologisch” te forceren. De overeenkomst van deze termen is hierin gelegen, dat beide tenderen naar een zekere totaliteit of eenheid. Voor het begrip integraal is dit wel direct duidelijk, het begrip antropologisch eist waarschijnlijk enige nadere toelichting. Bij de term integraal kan in twee richtingen worden gedacht. Het beoefenen van de integrale geneeskunde is namelijk op verschillende manieren mogelijk, manieren die beide met de term integraal goed zijn aangeduid. Wanneer men er van uit gaat dat de huisarts niet in staat is alle verschillende aspecten van het menselijk bestaan te overzien en die in zijn behandeling de aangewezen plaats te geven, dan kan men tot de conclusie komen, dat hij in een teamverband met andere specialisten, zoals de psycholoog en de socioloog, de problemen van zijn patiënt moet bestuderen. Voorbeelden van een dergelijke beoefening van een integrale geneeskunde in de praktijk vindt men in het boek van Querido en in de geschriften van Veeneklaas en zijn medewerkers. Daarnaast kan men zich een integrale geneeskunde voorstellen die meer antropologisch gekleurd is in die zin, dat de huisarts wel degelijk probeert in zijn therapie en in zijn omgang met de patiënt de hele scala van menselijke verschijnselen op te nemen en op hun eigen waarde te schatten. Voor een dergelijke totale benadering van de mens zou men dan beter de term antropologisch kunnen gebruiken. Zo kent men bijvoorbeeld de antropologische richting in de psychiatrie, waarbij er inderdaad van wordt uitgegaan dat de mens niet alleen een eenheid is, maar dat deze specifieke menselijke eenheid in de geneeskundige problemen zowel volledig gewaardeerd, als op specifieke wijze gerealiseerd moet worden. In het vervolg van mijn betoog zal ik nog voldoende gelegenheid hebben op deze vraag terug te komen.

Om de gedachten te bepalen wil ik een viertal aspecten van ons probleem nader formuleren. Ik zou dan willen spreken over:

- I Het probleem van de totaliteit in verband met de vraag van de specialisatie.
- II De wetenschappelijke en methodologische vragen die hierbij aan de orde komen, met name de verhouding van natuurwetenschap en geesteswetenschap en de moderne benadering van deze problemen.
- III De eigen aard van het psychische, zulks in verband met de grotere waardering in de integrale geneeskunde voor de mens als eenheid en de patiënt als persoon. Hierbij komen uit de aard der zaak de moderne vragen rondom de psychosomatiek aan de orde.
- IV De specifieke functie van de huisarts in verband met de integrale of antropologische geneeskunde.

I *Het vraagstuk van de totaliteit.* De mens is een eenheid, de patiënt een persoon. Deze twee uitspraken vormen het slot van het reeds eerder genoemde boek van Querido en daarmee worden inderdaad twee belangrijke aspecten van onze probleemstelling naar voren gebracht. Naarmate de geneeskunde meer specialiseerde, verdieping vertoonde, diende de medische praktijk van deze beide inzichten dieper te worden doordrongen. Het gevaar bestaat echter dat een dergelijke uitspraak over de mens als eenheid, met name in verband met het probleem van de totaliteit, gemakkelijk tot iets ongrijpbaars wordt. Wanneer men een dergelijke uitspraak doet, heeft de toehoorder dan ook volledig het recht te vragen naar een nadere specificatie. Gaat men er over nadenken, dan is immers het merkwaardige van een dergelijke stelling, dat deze betrekkelijk weinig zeggend is, omdat de reflexie over deze zaak juist alleen mogelijk is via een discursieve beschrijving en uiteenzetting van de verschillende bestanddelen. Het begrip mens als eenheid wordt dan ook een vooronderstelling, iets wat men vooropstelt en wat tot de voorwetenschappelijke inzichten behoort.

Deze voorwetenschappelijkheid van een inzicht behoeft op zichzelf geen bezwaar te zijn. Het is immers bekend dat de mens in zijn handelen, ook in het geneeskundig handelen, wordt gedreven door een aantal motieven en voorwetenschappelijke inzichten, die van het hoogste belang zijn. Juist waar de arts dagelijks met zijn medemensen in contact komt, en dat wel op een zeer specifieke en intensieve wijze, daar is het duidelijk dat de relatie tussen arts en patiënt wordt opgebouwd met behulp van een aantal voorwetenschappelijke motieven en inzichten. De wetenschappelijke benadering van de patiënt vormt wellicht de kern, maar in elk geval niet het geheel van de relatie tussen arts en patiënt. Dit inzicht nu is reeds van oudere datum; vandaar dat men in de geschiedenis van de geneeskunde telkens weer de behoefte aantreft het totale en integrale karakter van deze relatie naar voren te brengen.

Met name in de eerste helft van de vorige eeuw heeft men in de Duitse zogenaamde romantische geneeskunde een in vele opzichten grootse poging gedaan dit totaliteitskarakter nader te omschrijven (zie *Leibbrand*). Men heeft toen in alle ernst getracht de integrale geneeskunde tot realiteit te maken. In de tweede helft van de 19de eeuw echter hebben de nieuwere stromingen van het positivisme en de ontwikkeling van de moderne natuurwetenschappen deze totaliteitsvisie ernstig geleederd. Daardoor bevinden wij ons nu in een situatie, waarin opnieuw aarzelend de vraag moet worden gesteld, of een integrale geneeskunde in antropologische zin wel mogelijk is.

Vraagt men, waarom ook heden ten dage telkens weer deze totaliteitsvisie naar voren komt, dan zijn daarvoor wel enkele redenen aan te geven. Een praktische reden is reeds hierin gelegen dat men

nu eenmaal merkt dat een groot aantal patiënten zich onbevredigd voelt wanneer de moderne arts niet voldoende belangstelling toont voor zijn innerlijk leven, en zulks niet alleen in psychologische zin, maar ook in diepere, eventueel religieuze zin van het woord. Men bemerkt dit bij de grote waardering voor de gebedsgenezing, voor de Pinksterbeweging, voor allerlei sektarische stromingen op religieus gebied, die zich opnieuw gaan bezig houden met de eenheid van de mens in die zin, dat gezondheid en ziekte worden gezien in het licht van religieuze en psychologische opvattingen. Voor sommige artsen kan dit een zaak blijken die betrekkelijk buiten hun gezichtsveld ligt en die hen zelfs niet zal nopen te vragen naar de mogelijkheid van een integrale geneeskunde. Voor anderen komen daarbij echter ook motieven van meer persoonlijke aard, met name omdat zij zich niet bevredigd voelen wanneer al te zeer de patiënt wordt gereduceerd tot een chemisch retort of een biotisch wezen.

Dezer dagen las ik van een dergelijke onbevredigdheid en doorbraak naar een meer totalitaire visie een merkwaardig voorbeeld, in het boeiende laatste boek van Jung „Erinnerungen, Träume, Gedanken”. Jung beschrijft daarin hoe hij als medisch student omstreeks de eeuwwisseling de psychiatrie alleen maar had leren kennen als een wat wonderlijke en onbegrijpelijke tak van de geneeskunde. Toen hij echter examen in dit vak moest doen, greep hij naar het leerboek van Von Krafft Ebbing en dacht: ik zal eerst maar eens de inleiding lezen om te zien hoe zo'n man nu zijn eigen vak bekijkt. Tot zijn verrassing merkte hij dat de auteur de psychosen „Krankheiten der Person” noemde en op dat moment wordt Jung plotseling gegrepen door een heftige emotie. Hij ziet in een flits dat het inderdaad toch mogelijk is de beide stromingen van zijn belangstelling als één geheel te zien en de innerlijke verwevenheid van deze beide richtingen tot één werkelijkheid te doen worden. Hij schrijft letterlijk: „Hier war das gemeinsame Feld der Erfahrung von biologischen und geistigen Tatsachen, welches ich überall gesucht und nicht gefunden hatte. Hier war endlich der Ort, wo der Zusammenstoss von Natur und Geist zum Ereignis wurde.”

Merkwaardig dus te zien hoe iemand omstreeks 1900 ook al onder de indruk is van de twee stromingen in de moderne geneeskunde en plotseling enthousiast kan worden over het feit dat deze dualiteit niet een scheiding kent, maar veel meer de mogelijkheid tot verdieping van het inzicht in de menselijke en medische problemen.

Deze behoefte aan eenheid kan tot een zeer persoonlijke zaak worden en wij zagen ook reeds dat men in de eerste helft van de 19de eeuw op allerlei wijzen heeft geprobeerd deze eenheid nog tot gelding te brengen. Dat men nu achteraf spreekt over de „romantische” geneeskunde kan ons enthousiasme ietwat dempen, omdat wij nu eenmaal in de tegenwoordige tijd niet graag voor romantici willen worden aangezien. Men dient echter te beseffen dat de grondmotieven van deze romantische genees-

kunde ook heden ten dage nog volledig aanwezig zijn en dat zowel de patiënten als de artsen in hun wederzijdse ontmoeting en in de opdracht, die daaruit voor de arts voortvloeit, weinig zullen zijn veranderd.

Tenslotte kan men ook nog wijzen op de religieuze motieven. Het is bekend dat vele artsen, die van zichzelf weten gelovig te zijn, ook de behoefte hebben de religieuze motieven van het menselijk bestaan in hun werk tot realiteit te doen worden, en dat de notie, dat de mens het beeld Gods is, hen er toe brengt op een bepaalde wijze toch de totaliteitsgedachte te waarderen.

Afgezien van deze motieven van persoonlijke of meer algemene aard is het ook wel duidelijk dat de opsplitsing van de geneeskunde in een groot aantal specialismen niet eindeloos kan doorgaan en dat nu eenmaal het contact tussen de verschillende specialisten een bijzonder belangrijke zaak is. Gaat men echter van de overtuiging uit dat de integrale geneeskunde het specialisme van de huisarts is, dan zal men deze overtuiging toch nog nader moeten adstrueren. De moeilijkheid doet zich dan echter opnieuw voor, dat het begrip totaliteit in verband met het menselijk bestaan bezwaarlijk te omschrijven is, althans wanneer men wil uitgaan van de gangbare wetenschappelijke inzichten. Vraagt men bijvoorbeeld aan een man als Jaspers, die toch zelf een aantal jaren de medische praktijk heeft beoefend, wat hij hiervan denkt, dan is het antwoord voor diegenen, die al te hooggestemde verwachtingen van de totaliteitsvisie hebben, teleurstellend. Jaspers zegt zonder meer dat er, wetenschappelijk en ook wijsgerig gesproken, moet worden uitgegaan van de onbereikbaarheid van de eenheid van het wereldbeeld en daarmee ook van het mensbeeld. Het menselijk bestaan wordt opgesplitst in vier werkelijkheidssferen, die volgens hem niet alleen aanduidingen zijn van bepaalde wezenskernen van het bestaan, maar die werkelijk vier oorspronkelijke werelden zijn, die juist door die oorspronkelijkheid onderling onherleidbaar zijn.

Deze vier kernen zijn: de anorganische natuur, het biotische als organisme, het psychische als beleving en de geest als denkend bewustzijn. Een dergelijke zienswijze draagt niet alleen een theoretisch karakter, maar heeft ook consequenties voor de relatie tussen arts en patiënt. Voor Jaspers is het zo, dat wanneer de arts zich door zijn behandeling op een bepaald aspect van de werkelijkheid richt, bijvoorbeeld op het anorganische, het biotische of het psychische, hij zich daarmee vastlegt op een bepaald niveau van zijn handelen en de eigenlijke totaliteit daarmee gemakkelijk uit het oog verliest. Denkt men hierover na, dan zal men moeten toegeven dat hier inderdaad veel waars in zit. Temeer omdat geen arts fysisch en existentieel in staat is zijn patiënt in de totaliteit van deze vier verschillende werkelijkheden te vatten. Anderzijds bestaat bij Jaspers het gevaar dat hij al te scherp intellectueel en gedistantieerd oordeelt over de situatie en de relatie van de arts met zijn patiënt. Dit

hangt, meen ik, vooral hiermee samen, dat voor Jaspers de communicatie pas werkelijk en echt is, wanneer zij een existentieel karakter draagt. Weliswaar zal men hem moeten toegeven dat de therapie steeds een zeker compromis is, maar men mag er ook wel de aandacht op vestigen dat in de ontmoeting van arts en patiënt een andere sfeer als het ware mee vibreert, zij het dat de existentialiteit gemakkelijk wordt geobjectiveerd. Als resultaat van deze korte confrontatie met de visie van Jaspers kan men zeggen dat deze scherpe probleemstelling in elk geval een waarschuwing bevat tegen een te gemakkelijk dwepen met de totaliteitsvisie.

In de tweede plaats kan men de vraag opwerpen of het inderdaad noodzakelijk is het begrip totaliteit zo sterk op de voorgrond te stellen en of men er niet beter aan doet de taak van de arts wat nuchterder te zien en van een common sense visie uit te gaan, daar het nu eenmaal niet mogelijk is voor één mens in de relatie met zijn medemens werkelijk de totaliteit te omvatten. Inderdaad is dit allermindst noodzakelijk, zeker niet wanneer men het begrip totaliteit al te hoog opschroeft, en men kan rustig erkennen dat de eenheid van de mens meer idee dan werkelijkheid is. De moderne psychologie heeft ons wel duidelijk gemaakt dat ook in de relatie van twee mensen maar zeer gedeeltelijk een ontmoeting plaats heeft en dat er allerlei mechanismen een rol spelen die de ontmoeting beperken of daaraan een bepaald karakter geven, waardoor van totaliteit niet meer kan worden gesproken. Het is zelfs zeer de vraag of een dergelijke hooggestemde communicatie mogelijk en wenselijk is.

De rol van de arts in de relatie met zijn patiënt is ook gekenmerkt door het realiteitsprincipe, dat wil zeggen dat de arts in de relatie met zijn patiënt de taak toebedeeld is hem zoveel mogelijk met de realiteit te confronteren. Deze realiteit omvat niet alleen de „ziekte” van de patiënt, maar ook het eigen leven van deze patiënt in de ruimere zin van het woord. Op de specificiteit van deze relatie kom ik nog nader terug wanneer wij zullen spreken over de specifieke functie van de huisarts.

II *De wetenschappelijke vragen.* Nog moeilijker wordt de gedachte van de totaliteit te vatten wanneer wij wat meer aandacht schenken aan de wetenschappelijke problemen, welke de moderne geneeskunde met zich mee brengt. Wanneer door de organisatoren wordt gesproken over twee stromingen in de moderne geneeskunde, dan wordt hierbij een toelichting gegeven die als volgt is geformuleerd: „In de moderne geneeskunde vindt men naast elkaar een zich steeds toespitsend specialiseren op vooral natuurwetenschappelijke basis en een streven alle aspecten van het mens zijn in de behandeling te betrekken.”

Bij deze formulering is dus het begrip natuurwetenschappelijk naar voren gekomen en het is inderdaad sedert jaren gebruikelijk een zekere tegenstelling te maken tussen de natuurwetenschappelijke

en de geesteswetenschappelijke methode. Meestal wordt dan gezegd dat de specialismen zich vooral voltrekken op natuurwetenschappelijke basis en dat de meer antropologisch gerichte geneeskunde een zekere affiniteit vertoont ten opzichte van de geesteswetenschap. Ik meen dat een dergelijke voorstelling van zaken op bezwaren stuit. De tegenstelling tussen natuurwetenschap en geesteswetenschap is van betrekkelijk jonge datum. Zij is geïntroduceerd door Dilthey, toen deze trachtte na te gaan welke methodologische vragen zich op het gebied van de psychologie voordoen.

Ik beperk mij nu vooral even tot het gebied van de psychologie, omdat dit een duidelijk voorbeeld is van de ontwikkeling der relatie tussen de natuur en de geesteswetenschappen. Jaspers heeft de tegenstelling ook genoemd en een halve eeuw geleden heeft hij haar als basis gebruikt voor de ontwikkeling van zijn psychopathologie. Hij zag in die tijd de natuurwetenschap als mogelijkheid voor het verklaren van de verschijnselen en de geesteswetenschap als basis voor het „verstehen”. Hoewel een dergelijke voorstelling van zaken veel aantrekkelijks heeft en in de praktijk ook bruikbaar is, is op den duur wel gebleken dat zij toch te schematisch van aard is. De tegenstelling tussen natuur en geest met betrekking tot het menselijk bestaan is in wezen onjuist, omdat door die tegenstelling een dilemma wordt opgeworpen dat voornamelijk ontstaat doordat men te vroeg de zaak gaat inperken en reduceren. Men weet te vlug wat „natuur” en wat „geest” is en daardoor maakt men de eenheid van de mens in wezen kapot. Wetenschappelijk is een dergelijke tegenstelling van natuur en geest ook daarom niet houdbaar, omdat er een te groot aantal vooronderstellingen van niet wetenschappelijke aard in is opgenomen. Vanuit de mens gezien kan men zeggen, dat de natuur en de geest geen duidelijke, vast omschrijfbaar grootheden zijn. Integendeel, de moderne antropologie wijst er steeds op dat het begrip natuur alleen vanuit de geest en de geest alleen vanuit de natuur omschrijfbaar is (*Van Peursen*). Het zijn typisch dialectische begrippen, die een zeker houvast geven in de benadering van menselijke problemen, maar de geneeskunde heeft tot taak zich van dit soort dilemma's te bevrijden. Dit wil niet zeggen dat zij zich daarmee begeeft op het gebied van de wijsgerige problematiek; integendeel, de geneeskunde heeft het recht en de taak haar eigen problemen zo zuiver en scherp mogelijk te stellen. Wil zij dit doen, dan moet zij daarbij bepaalde metafysische conclusies laten vallen en overgaan tot de vragen van haar eigen competentie. *Von Uexküll* heeft dit nog eens duidelijk uiteengezet in zijn pas verschenen boek „Grundfragen der psychosomatischen Medizin”. Van andere zijde is over deze problematiek een boeiend werk verschenen, namelijk de dissertatie van *R. Pos*: „The psyche-soma complex: its psychology and logic”.

Praktisch betekent dit dat in de geneeskunde een nieuwe bezinning op gang kan komen, waarin natuurwetenschap en geesteswetenschap niet langer

als gescheiden gebieden worden gezien, en waarin ook de onderscheiding tussen lichaam en ziel, die evenzeer een te grote belasting betekent voor de bezinning op het menselijk bestaan, wordt verlaten. Een dergelijke nieuwe bezinning is geen weelde. De geneeskunde heeft zich zeer consciëntieus bezig gehouden met de opheldering van begrippen als allergie, ontsteking, immuniteit, en dergelijke. Zou het dan te veel gevegd zijn dat zij zich ook opnieuw gaat bezinnen op termen als lichaam en ziel en dat zij in de moderne visie van de psychosomatische geneeskunde probeert tot een opheldering van de situatie te komen door zich te bezinnen op haar methode?

In de moderne wetenschap zien wij een interessante ontwikkeling: terwijl men vroeger nog uitging van bepaalde vooropgezette grootheden, welke men meende te kennen als geïsoleerde eenheden, heeft men tegenwoordig veel minder behoefte aan een dergelijke ontologische grondslag voor de wetenschap. Ook ziet men dat een onderscheiding als die van natuur en geest steeds meer haar waarde verliest. Men spreekt dus niet meer over het object van wetenschap, men spreekt ook niet meer over de soort van wetenschap waarbinnen men werkt, maar men gaat steeds meer zijn aandacht richten op de methode, welke men gebruikt en erkent daarbij van het begin af aan, dat die bepaalde methode, welke men zal gaan gebruiken, een beperkte waarde heeft en daarmee dus een relatief karakter draagt. Dat betekent echter ook dat men in de gang van de wetenschap steeds verder afdwaalt van de totaliteitsgedachte, aangezien tot op zekere hoogte die gedachte juist een ontologisch karakter draagt.

De geneeskunde kan bij de pogingen tot opheldering van haar begrippen niet in het theoretische vlak blijven steken, maar zij moet zich altijd weer oriënteren op de praktische toepassing. In de geneeskunde zijn bepaalde begrippen alleen maar werktuigen, die hun waarde moeten bewijzen in de praktische omgang met de concrete taak van de arts. Een dergelijke opvatting omtrent een wetenschappelijk begrip draagt een instrumenteel karakter. Het begrip is een instrument; vindt men een beter instrument, dan laat men het begrip weer schieten. Een dergelijke opvatting is ook functioneel pragmatisch van aard, functioneel in die zin dat men zich inderdaad niet meer met de vragen omtrent de totaliteit bezig houdt, maar zich af gaat vragen wat een bepaald verschijnsel voor functie heeft en hoe het functioneert in het geheel van het menselijk bestaan.

Een duidelijk voorbeeld daarvan ziet men in de moderne psychiatrie, waarbij allerlei referentiekaders, biotische, psychologische, sociologische, enzovoorts, worden afgegrensd, die met elkaar een functioneel geheel vormen. Ook deze laatste uitspraak, dat zij met elkaar een functioneel geheel vormen, is al weer wat theoretisch van aard. Wil men een bepaalde grootheid in het ontwikkelingsgeheel van het menselijk bestaan onderzoeken, dan zal men moeten komen tot een operationele om-

schrijving, dat wil zeggen dat de vraagstelling zo moet worden geformuleerd, dat men er inderdaad mee kan gaan werken. Het begrip onbewust bijvoorbeeld droeg bij Freud een functioneel karakter, bij Jung werd het al tot een ontische grootheid en in de tegenwoordige medische psychologie is men teruggekeerd tot de functionele opvatting van Freud, terwijl men in de experimentele benadering van de moderne psychotherapie probeert te komen tot een operationele vraagstelling. Hetzelfde ziet men in de ontwikkeling van de sociologie en ook de medische sociologie tracht steeds meer te komen tot operationele vraagstellingen. Dit betekent dus dat de totaliteitsvisie steeds meer op de achtergrond dreigt te komen.

De vraag, waarvoor wij wetenschappelijk gesproken tegenwoordig dan ook staan, is naar ik meen deze: is het mogelijk de operationele gegevens toch tot een zekere eenheid te brengen, die zullen wijzen in de richting van een integrale geneeskunde? Dit is niet alleen een vraag van theoretisch belang. Integendeel, zij heeft te maken met de praktische werkzaamheid van de arts, welke laatste zich immers steeds in een zekere spanning bevindt tussen zijn praktisch werk en zijn wetenschappelijk weten. Om dit probleem wat duidelijker te maken zou ik nu willen overgaan tot mijn derde punt.

III *De eigen aard van het psychische in verband met de psychosomatische geneeskunde.* De mens is een eenheid, de patiënt een persoon; dit woord van Querido haalde ik reeds eerder aan. De behoefte, deze twee lapidaire waarheden levend te maken in het geheel van de moderne geneeskunde, heeft velen er toe gebracht wegen te zoeken, die moesten leiden naar een herstel van de waardering van de mens als „persoon”. Deze wegen zijn niet alleen gezocht maar ook gevonden en de beoefening van de medische wetenschap via deze wegen heeft tot belangrijke resultaten geleid. Vandaar dat ik boven dit onderdeel van mijn uiteenzetting heb gesproken over de eigen aard van het psychische. Men ziet in de ontwikkeling van de psychiatrie, dat met behulp van de psychoanalyse langzamerhand weer het inzicht is gegroeid, dat de eigen kracht van psychische aard niet alleen in de mens werkt, maar ook in de ziekte is te onderkennen. Dit bracht met zich mee dat de bereidheid om de medische psychologie als onderdeel bij de opleiding van de arts een eigen plaats te geven is toegenomen. In het tijdschrift „huisarts en wetenschap” zijn herhaaldelijk artikelen verschenen, waarin op het belang van dit aspect werd gewezen. De huisarts heeft leren inzien, dat voor zijn werk de nieuwere gegevens van de medische psychologie van groot belang zijn. Zo kent men naast de ontwikkeling van de psychoanalyse en de antropologische psychiatrie het werk van mensen als Balint, Groen, Rogers, Von Weizsacker, Jores, en anderen, terwijl ook de eigen aard van de medemenselijkheid in de sociologie en in de medische sociologie duidelijker werd herkend.

Ik zal de hele ontwikkeling van deze gang van

zaken hier niet nader schetsen. De huisarts staat voor het probleem dat hij overwegend natuurwetenschappelijk is opgeleid, terwijl hij in de praktijk ziet, dat zeker voor de helft van zijn patiënten de inzichten van de medische psychologie van grote waarde zijn. Bij de bespreking van de eigen functie van de huisarts kom ik op deze zaak nog nader terug.

Eerst wil ik echter enkele opmerkingen maken over de psychosomatische geneeskunde als typisch voorbeeld van de functionele waardering der verschillende ziektebeelden. Ik heb al gezegd, dat de operationele en functionele benadering van de problemen op het gebied van psychosomatische geneeskunde van grote waarde is. De ontwikkeling van de laatste tijd brengt met zich mee, dat de wat oudere visie op de psychosomatische geneeskunde, waarbij het psychische eigenlijk opging in een geheel van biotisch geconditioneerde reacties, te beperkt van opzet is. In het reeds geciteerde boek van Von Uexküll over de psychosomatische geneeskunde vindt men een goed overzicht van de latere ontwikkeling. De eigen aard van het psychische laat zich echter moeilijk uitdrukken, juist omdat men er niet meer op gebrand is een te duidelijk onderscheid te maken tussen lichaam en ziel. Men mag wel de begrippen „psychisch” en „somatisch” blijven gebruiken, maar de interpretatie van deze termen ondergaat nogal eens verandering.

Ik wees er reeds op dat vele medische begrippen het karakter van een instrument hebben en om ze als zodanig te herkennen moet bij de analyse worden uitgegaan van het werk waarvoor het instrument wordt gebruikt. De hamer is alleen te begrijpen in verband met de specifieke functie en het werk waarvoor die hamer dient. Zo neigt men er heden ten dage toe begrippen als lichaam en ziel ook te beschouwen van uit de manifestatie waarin hun werkelijkheid aan de dag treedt. Von Uexküll noemt in dit verband het voorbeeld van de slikverlamming bij difterie. Dat de zieke de complexe handeling van het slikken bij het eten niet meer kan verrichten brengt met zich mee dat wij er ons van bewust worden dat de automatische verrichting niet meer functioneert en operationeel gezien zouden wij moeten zeggen dat de slikhandeling of de stoornis daarvan ons er toe brengt van een lichaam te spreken, zoals al datgene wat automatisch is ook gelijk lichamenlijk is. Daartegenover staat een aantal handelingen en motieven die niet tot het lichamenlijke in de zin van het automatische zijn te herleiden en deswege „psychisch” worden genoemd. Via het begrip „automatisch” zijn beide echter verbonden. De ontwikkeling van die gedachte gaat echter nog wat verder en brengt met zich mee dat men in het geheel van de pathogenetische processen aan een nieuwe factor meer betekenis gaat toekennen, te weten de factor der „psychogenese”, dat wil zeggen dat men aan bepaalde psychische motieven bepaalde genetische waarden gaat toekennen. Hierbij hebben wij te maken met een van de meest belangrijke ontwikkelingen in de moderne genees-

kunde, waaraan Freud en Pavlov beiden aanzienlijk hebben medegewerkt. Men zou wellicht nog beter in plaats van psychogenese kunnen spreken van „ondervinding”. De ondervinding in het leven moet worden gezien als een mogelijk pathogenetisch proces. Daarmee is weer een schrede gedaan in de richting van de totaliteit. Als er iets is, dat in het leven de ervaring van eenheid en totaliteit geeft, dan is het wel de ondervinding, de ervaring of, een beetje plechtig gezegd, datgene wat ons „wedervaart”. Abstract geformuleerd betekent dit dat de tijdsfactor, de mens als historie, het historiologisch aspect van het menselijk bestaan veel hoger wordt gewaardeerd. In de klassieke opvattingen omtrent pathogenetische processen spelen deze specifiek menselijke ondervinding en deze notie van de mens als historie geen rol. In de oudere opvattingen omtrent de psychosomatiek wordt deze mens als historie gemakkelijk gereduceerd tot een a-specifiek biotisch proces. Bij Von Uexküll zien wij echter al tal van aanduidingen van de waardering van de mens als ondervinding en historie.

Om dit toe te lichten nog een enkel woord. Von Uexküll maakt binnen het geheel van de psychosomatische ziektebeelden onderscheid tussen „Ausdruckskrankheiten” en „Bereitstellungskrankheiten”. Dit nu lijkt mij een belangrijke onderscheiding. Bij de Ausdruckskrankheiten wordt er van uitgegaan dat, historiologisch gezien, de mens in staat is zijn conflicten tot uiting te brengen, zij het dan ook juist omdat hij ze niet heeft kunnen verwerken en niet tot adequaat handelen is kunnen overgaan. Bij de Bereitstellungskrankheiten wordt een bepaald aspect van het historisch bestaan van de mens naar voren gebracht, namelijk dat zijn handelen een intentie en een zich gereed maken vooronderstelt, die gericht zijn op realisering in de wereld. Een dergelijke Bereitstellung kan echter worden gefixeerd doordat bijvoorbeeld een kind zich steeds in een afweerhouding moet bevinden, omdat mogelijk onverwachts het onweer van de toorn van zijn vader weer boven zijn hoofd losbreekt, terwijl hij nooit weet wanneer een dergelijke situatie zich realiter zal voordoen. Hierbij komt een typisch stuk van het menselijk bestaan naar voren, namelijk dat van de „verwachting”. De totaliteit van de mens moet dan ook niet zozeer worden gezien als een ontische categorie, maar veel meer als een tijds categorie. Het leven van de mens is uitgespannen tussen verleden en toekomst; en de pathogenetische krachten van het verleden en die van de toekomst zijn van niet te onderschatten betekenis; zij komen bijvoorbeeld in de verwachtingsneurose en in de emotionele instelling van de angst en onzekerheid naar voren. Zo kan de huisarts zich bij een patiënt niet alleen afvragen: Waarom deze ziekte?, maar ook: Waarom nú deze ziekte? en Waarheen tendert deze ziekte?, Welke „Bereitstellung” is hier te vinden?

Ik meen wel te kunnen zeggen dat inderdaad in een dergelijke nieuwere visie op de psychosomatische geneeskunde iets van een integratie is gerealiseerd, en dat, indien deze visie verder zou door-

werken, voor onze vraag reeds veel is gewonnen. Ik zal trachten aan de hand van enkele opmerkingen over de eigen functie van de huisarts hierover nog iets naders te zeggen.

IV *De specifieke functie van de huisarts.* Voor wat betreft deze eigen functie kan ik mij geheel aansluiten bij de omschrijving die daaromtrent gegeven is door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Zoals bekend luidt deze omschrijving als volgt: het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuen en gezinnen, die zich aan hem toevertrouwen.

De interpretatie van deze omschrijving is niet zo moeilijk, omdat zij ook aansluit bij het motto dat Querido aan het eind van zijn boek gaf: de mens is een eenheid, de patiënt is een persoon. In bovengenoemde omschrijving vinden wij immers zowel de visie op de eenheid als die op de persoon terug, terwijl datgene, wat ik hierboven heb opgemerkt omtrent de continuïteit, niet alleen van belang is voor het werk van de huisarts, maar voor de geneeskunde als geheel. In deze continuïteit wordt immers verdisconteerd dat de tijd, de ervaring en de ontdekking van de patiënt van groot belang zijn voor een beter begrip van zijn medische situatie. De huisarts kan daarom in bijzondere mate aansluiten bij deze factoren. Zijn werk is een typisch voorbeeld van de nuchtere functionele waardering van datgene wat zich in het leven van de patiënt en in zijn relaties ten opzichte van zijn gezin en zijn beroep heeft afgespeeld. Meer dan iemand anders kan daardoor de huisarts een persoonlijke relatie met zijn patiënt opbouwen, terwijl hij door deze relatie in staat is aan het begrip integraal een eigen inhoud te geven.

*Van Es* heeft er in een boeiend artikel over het huisarts zijn terecht op gewezen, dat het begrip integraal niet betekent dat de totaliteit van de patiënt tot in haar uiterste consequentie moet worden behandeld. Het begrip integraal drukt veel meer een bepaald ideaal uit, en in datgene wat wij hierboven reeds over dit begrip hebben opgemerkt kwam een dergelijke omschrijving en beperking ook reeds tot uiting. Het zal altijd om het accent gaan, dat nu eens hier, dan weer daar moet worden gelegd. Wel is het duidelijk dat in de loop van de laatste kwarteeuw kan worden gesproken van een psychologisering van de geneeskunde. Dit wil niet zeggen dat er een aparte psychologie moet ontstaan, maar wel dat het psychologisch invoelingsvermogen van de huisarts in bijzondere mate ontwikkeld moet zijn. Het is duidelijk dat een dergelijk psychologisch invoelingsvermogen kan worden ontwikkeld, gedeeltelijk door scholing aan de universiteit, gedeeltelijk door de ervaring in de praktijk en de voortdurende uitwisseling van gedachten omtrent deze ervaring met de collega's.

Wanneer wordt gesproken van een psychologisering van de geneeskunde, dan wil hiermee vooral gezegd zijn, dat de bovengenoemde categorieën

van continuïteit, integraliteit en inzicht omtrent de persoonlijkheid meer aan bod zijn gekomen. In de praktijk zal dit inzicht zich vooral realiseren in een beter begrip van de persoonlijke relatie van de arts met de patiënt. Voor een groot deel is de praktische psychologie trouwens gericht op een beter verstaan van de tussenmenselijke relaties, een probleem dat momenteel van alle kanten wordt bestudeerd.

Wanneer ik zeg dat deze persoonlijke relatie er een is van vertrouwen, dan spreek ik daarmee een gemeenplaats uit. Het begrip vertrouwen is enerzijds te vaag en anderzijds ook te diep dan dat daarmee de concrete werkelijkheid van de relatie tussen arts en patiënt volledig zou zijn weergegeven. In elke tussenmenselijke relatie ontwikkelen zich een aantal gevoelens, die juist met het begrip vertrouwen gemakkelijk in strijd zijn. Zo kan men zeggen dat de optimale relatie tussen arts en patiënt inderdaad is gekenmerkt door dit vertrouwen, maar wat dit aangaat kan men zowel spreken van goede en slechte artsen als van goede en slechte patiënten. Elke tussenmenselijke relatie is tweezijdig en dat wil in dit geval zeggen dat ook de houding van de patiënt een bepaalde instelling bij de arts oproept. De arts — en met name de huisarts — heeft, om zijn werk goed te kunnen doen, een vertrouwende instelling van de patiënt nodig en een goede patiënt weet daarom en daardoor ook de goede arts in ons op te roepen, terwijl daarentegen een „slechte” patiënt ons er toe brengt snel een aantal technische hulpmiddelen te baat te nemen om daardoor maar van de patiënt af te zijn; een beetje cru gezegd: een slechte patiënt doet ons de „chemie” te hulp roepen.

Over de relatie tussen arts en patiënt is veel geschreven en steeds weer heeft men er op gewezen dat deze relatie een archetypisch karakter draagt in die zin dat de figuur van de „Heiler” en de Heiland de diepere motieven van het arts-zijn weergeven. In zekere zin kan men terecht het woord magie gebruiken, maar het typische van de arts is, dat hij wel van zijn magische invloed gebruik mag maken, maar zich daarbij altijd van de relativiteit van deze magie bewust moet blijven. De goede arts zal er dan ook naar streven om de relatie met zijn patiënt een speciaal karakter te doen dragen, zó dat er een dialectisch bewegingspatroon ontstaat van toenadering en distantie. De arts zal zelf bereid zijn om zijn magie te doorbreken, zulks in tegenstelling tot bijvoorbeeld de kwakzalver.

Een belangrijk deel van het specifieke van de relatie arts-patiënt wordt gevormd door de bijzondere ervaring van het ziek zijn. Terecht is dan ook de laatste tijd aan deze bijzondere ervaring door verschillende onderzoekers aandacht geschonken, in ons land bijvoorbeeld door Van den Berg en Faber. Psychologisch gezien kan de ziekte op verschillende manieren fungeren, bijvoorbeeld als een alibi, ook wel als een rustpauze in de ontwikkeling van de persoonlijkheid of als uitdrukking van agressie tegenover gezin of maatschappij. Ook als een „reculer pour mieux sauter” en een voorbereiding op een nieuwe ontwikkelingsfase. Existentieel gezien

kan een ziekte van betekenis zijn als een verbreding en verruiming van het bewustzijn, als een wegwijzer naar een nieuwe toekomst. Steeds weer echter imponeert de ziekte de patiënt, omdat hij wordt geconfronteerd met het nieuwe, dat meestal het karakter draagt van het dreigende en het onbekende. Bij al deze verschillende vormen van beleving van de ziekte krijgt de relatie met de arts telkens weer een ander karakter. Vaak is de patiënt geïnfantiliseerd, maar dit laatste is zeker niet altijd het geval. Door het ziek zijn krijgt men een bijzondere kijk op de karakterstructuur van de patiënt en bestaat voor de arts de mogelijkheid een bijzondere relatie met deze mens aan te gaan. De ziekte als grote ervaring van het nieuwe brengt met zich mee dat overdracht en contra-overdracht een kans krijgen. Vaak is een belangrijke functie van de arts, dat hij een naam weet te geven aan datgene wat de patiënt bedreigt: zodra de dokter maar zegt „het is angina”, is veel van de onzekerheid, van het mysterie van de ziekte weggenomen. De dokter kan immers zeggen hoe het verder zal gaan. Hij beschikt over de toekomst en weet aan het nieuwe zijn dreiging te ontnemen.

De gehele psychologische fenomenologie van deze arts-patiënt relatie vertoont tal van verschillende aspecten. Zo zien wij de patiënt als de dappere of de angstvallige, de dwingerige of de voorbeeldige patiënt. Tal van motieven kunnen achter de ziekte verscholen gaan en op tal van wijzen kan de patiënt niet alleen de ziekte doorleven, maar ook uitdrukking geven aan deze unieke gebeurtenis. Voor de arts komen daarbij allerlei vragen naar voren, die psychologisch en medisch gesproken van groot belang zijn, zoals de bekende vragen: waarom is de patiënt nu ziek, waarom kiest hij deze ziekte, waarom verwerkt hij deze ziekte op deze wijze? Herhaaldelijk is er al op gewezen dat er voor de huisarts een unieke kans bestaat om deze vragen nader te onderzoeken, niet alleen vanuit psychologisch gezichtspunt, maar ook in het sociale verband waarin de patiënt leeft en met name — zoals door Van Es naar voren is gebracht — in verband met de gezinssituatie. Zo zijn bijvoorbeeld de vragen van belang: hoe reageert de familie, welke plaats neemt de patiënt in de familie in en wat betekent daarbij het ziek zijn van deze persoon juist in deze familie? In elke familie vindt men weer een speciale visie op het ziek zijn. Zo zijn er families die de zieke koesteren, andere die van de overtuiging uitgaan: in onze familie is men niet ziek. Het voorbeeld van de ouders speelt hierbij een belangrijke rol. Vandaar ook dat het van belang is te weten hoe de ouders op het ziek zijn van hun kind reageren. Betekent die ziekte automatisch een zich terugtrekken van de ouders of juist een grote mate van koestering? Het is bekend hoe deze zaken van belang zijn in verband met de psychosomatische aandoeningen en met name in verband met het astma. Dikwijls is de houding van het gezin tegenover de eerste ziekte bepalend voor de wijze waarop men later ziek is. Tal van mensen beleven een ziekte, ook op latere leef-

tijd, als een schande, als iets dat eigenlijk niet mag voorkomen.

Trouwens, de hele doorleving van het ziek zijn, van het opgenomen worden in een ziekenhuis, van het tot object worden van onderzoek, van het ontgaan worden van alle lichamelijke intimiteit, en van de ontluistering die daarmee gepaard gaat, zijn diep ingrijpende zaken. Thomas Mann heeft in zijn „Der Zauberberg” hierover indringend geschreven, terwijl het onlangs verschenen boek van Simonon: „Les anneaux de Bicêtre” op indrukwekkende wijze deze doorleving schildert. Zo zegt hij, dat er bij de patiënt Maugras afwisselend ergernis, schaamte, opstandigheid, wrok, nijd en haat is in een lichaam dat zijn natuurlijke greep op de wereld verloren heeft. De gewoonste handelingen verkrijgen in deze situatie een macaber aspect. Zo ziet Maugras de ziekenhuiskapper als iemand die zijn beroep uitoefent op ongeneeslijken, gekken en doden. Aan de andere kant constateert hij met een zekere narcistische wrevel dat de kleine wereld, waartoe hij sinds kort behoort, even abrupt verdwijnt wanneer hij aan de betere hand is.

Trachten wij tenslotte op grond van enkele conclusies de vraag die ons werd gesteld: „Kan de huisarts een integrale of antropologische geneeskunde beoefenen?” te beantwoorden, dan meen ik daarover het volgende te kunnen zeggen:

In de eerste plaats moet het begrip integraal in dit verband als een functionele term worden gezien, die wil aanduiden dat men de verschillende motieven in het geneeskundig handelen zoveel mogelijk tot een eenheid wil brengen. Antropologisch gezien betekent dit, dat met name de ondervinding als een factor van de tijd in het geheel van het medisch denken wordt opgenomen. Daardoor zullen dan ook de problemen van de continuïteit en de integratie van de persoonlijkheid nader aan de orde kunnen worden gesteld. Voor de huisarts betekent dit in zekere zin een psychologisering en sociologisering van zijn werk. In de praktijk komt dit neer op een beter doordenken van het levenspatroon van de patiënt, de toepassing in gematigde vorm van psychotherapie en daarmee de erkenning van datgene wat *Van der Horst* genoemd heeft de adeldom van het officium nobile, terwijl telkens als centraal thema de relatie arts-patiënt naar voren komt.

*Samenvatting.* Bij de bezinning over het specifieke karakter van het werk van de huisarts stuit men op verschillende termen die aan dit karakter een naam willen geven. Zo kan men de begrippen „integrale” en „antropologische” geneeskunde onderscheiden. Onder het eerste kan worden verstaan een geneeskunde waarin vertegenwoordigers van verschillende specialismen alsmede psychologen en sociologen tot de gemeenschappelijke bearbeiding van een probleem komen. Onder antropologische geneeskunde kan men die vorm van geneeskunde verstaan, waarbij de arts zich zo ruim en diep mogelijk tracht te oriënteren omtrent de algemene menselijke problematiek van de patiënt.

Deze beide vormen van geneeskunde vullen elkaar aan en zijn van betekenis voor het moderne werk van de huisarts. Hierbij komen problemen naar voren van de relatie tussen



totaliteit en specialisatie en het blijkt dat deze vragen ook wetenschappelijk en methodologisch van aard zijn. Wat dit laatste betreft moet men vooral komen tot een beter inzicht omtrent de verhouding van natuurwetenschap en geesteswetenschap en er naar streven dat deze relatie meer functioneel wordt gezien en niet als een absolute tegenstelling. „Natuur” en „geest” kunnen in de geneeskunde niet als gescheiden gebieden worden gezien, maar zijn extreme formuleringen van een veel wezenlijker en diepere eenheid in het menselijk bestaan.

Voorts wordt ingegaan op de eigen aard van het psychische, zulks in verband met de moderne visie op de mens als eenheid en de patiënt als persoon. Vanzelfsprekend komen hierbij de vragen van de psychosomatiek aan de orde. Tenslotte wordt getracht de specifieke functie van de huisarts te belichten in verband met de bovenvermelde probleemstelling. Als centraal thema komt hierbij de relatie arts-patiënt naar voren.

*Summary. Can the general practitioner practise integral or anthropological medicine?* Pondering the specific character of the general practitioner's work, we encounter various terms which attempt to denominate this character. For example we find a distinction between the concepts of „integral” and „anthropological” medicine. The former can be defined as a type of medicine in which representatives of the various specialties, with psychologists and sociologists, join their efforts in the elaboration of a given problem. The term „anthropological” can be applied to that type of medicine in which the physician attempts to orient himself as widely and deeply as possible with regard to the patient's general human problems.

These two types of medicine supplement each other, and both are of significance in the modern general practitioner's work. In this respect, problems concerning the relation be-

tween totality and specialization emerge, and these problems also prove to be of a scientific and methodological nature. As regards the latter, our primary concern should be to improve our understanding of the relation between natural and psychophilosophical science; our object should be a more functional approach to this relation, no longer regarding it as an absolute contrast. In medicine, „nature” and „mind” cannot be regarded as separate fields; they are extreme formulations of a much more fundamental, deeper unity in the human existence.

This paper also considers the specific nature of the psychic, in the context of the modern view on man as a unity and the patient as a person. Psychosomatic questions are of course broached in this respect. An attempt is made to elucidate the general practitioner's specific function as it relates to this problem definition. The physician-patient relation emerges from these considerations as the central theme.

Es, J. C. van (1963) Ned. T. med. studenten 9, 142.

Horst, L. van der, geciteerd bij: J. M. L. Phaff (1963) Medisch Contact 18, 480.

Jaspers, K. (1932) Philosophie. Springer, Berlin.

Jung, C. G. (1962) Erinnerungen, Träume, Gedanken. Rascher, Zürich.

Leibbrand, W. (1956) Die spekulative Medizin der Romantik. Claassen, Hamburg.

Peursen, C. A. van (1956) Lichaam, ziel en geest. Bijleveld, Utrecht.

Pos, R. (1963) The psyche-soma complex. Acad. proefschrift, Utrecht.

Querido, A. (1955) Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfort Kroese, Leiden.

Uexküll, Th. von (1963) Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Hamburg.

## Vóórkomen en voorkòmen van hepatitis infectiosa

DOOR H. W. A. SANDERS, HUISARTS TE HELMOND

De mens kan op verschillende manieren reageren op een besmetting met het hepatitis infectiosa virus (IH-virus of virus A):

- a klinisch manifeste hepatitis met icterus;
- b klinisch manifeste hepatitis zonder icterus;
- c subklinische, latente hepatitis met minimale leverstoornis;
- d subklinische infectie zonder leverstoornis: alimenteraire fase eventueel met viremie, drager.

Uit klinische en klinisch-experimentele studies blijkt dat anicterische en subklinische infecties, met weinig of geen ziekteverschijnselen, veel vaker voorkomen dan hepatitis met icterus. Gesteld kan worden dat tegenover elk gediagnostiseerd geval van hepatitis infectiosa minstens twaalf niet herkende gevallen voorkomen (Krugman c.s. 1960, Chalmers c.s., *Leading article*). Waarschijnlijk wordt bij velen besmetting niet door klinische of laboratoriumafwijkingen gevolgd, zodat hepatitis een niet frequente complicatie is van een veel voorkomende virusinfectie (Taylor).

De factoren die na besmetting de mate van leverbeschadiging bepalen zijn nog grotendeels onbe-

kend; behalve het milieu (massale blootstelling) en de weerstand (gelijktijdig voorkomen van pathogene darmbacteriën, erfelijkheid?) is vooral de leeftijd in dit opzicht van betekenis. Bij kinderen is icterus een ongebruikelijk symptoom van hepatitis. De meerderheid maakt een onschuldige anicterische of asymptomatische infectie door, die vaak niet als hepatitis infectiosa wordt herkend; de icterische gevallen zijn mild, duren kort en herstellen compleet. Met de leeftijd stijgt de frequentie van de hepatitis met icterus en neemt de ziekteduur, de ernst en de kans op complicaties toe (*Havens*).

Hepatitis infectiosa komt voornamelijk bij kinderen voor. Na het twintigste levensjaar neemt de frequentie enorm af (Bos, Hartog, Huygen). Het overgrote deel van de volwassen populatie blijkt dus immuun, ook zij die een negatieve hepatitis-anamnese hebben. Dit moet wel berusten op het zeer frequent voorkomen van subklinische en anicterische infecties. Het leeftijdspatroon van hepatitis infectiosa in een bepaalde bevolking is afhankelijk van de graad van vroeger contact met het virus, van milieufactoren die verspreiding bevorderen (hygiëne, behuizing) en van de relatie virus-gastheer die de duur van de besmettelijkheid en de klinische her-