

De biografische anamnese

**voordracht van jhr. dr. van Lidth de Jeude
en het Co-referaat van dr. J. Groen**

In de oprichtingsvergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft collega jhr. dr. A. H. van Lidth de Jeude een voordracht gehouden over de biografische anamnese in de huisartsenpraktijk.

Het karakter van deze voordracht laat, met het oog op de daarin gegeven voorbeelden, publikatie in extenso helaas niet toe. Wij willen daarom volstaan met het weergeven van de inleiding, waarin dr. Van Lidth de Jeude in het kort uiteenzette, welke factoren hebben geleid tot verwaarlozing van de rol, die geestelijke factoren spelen bij het ontstaan, c.q. blijven bestaan van ziekteverschijnselen, om vervolgens aan te geven in hoeverre de biografische anamnese een methode kan zijn tot het verkrijgen van inzicht in het ontstaan, c.q. verergeren van ziekteverschijnselen, ook in verband met geestelijke factoren en daarnaast een rol kan spelen in de geneeskundige behandeling, waar het voor de huisarts, als practicus, tenslotte op aan komt.

De gedachte — zo betoogde collega Van Lidth de Jeude — dat de geestelijke en lichamelijke gezondheid nauw met elkaar zijn verweven, is zo oud als de geneeskunst zelve. De enorme vlucht, die het wetenschappelijke ziekteverschijnsel heeft genomen en die heeft geleid tot de ontdekking van de verwekkers van infectieziekten en de biochemische geneesmiddelen tot de leer van de stofwisselingsziekten en de hormonen, tot de kennis van de deficiënte ziekten en de vitaminen en daarnaast tot de ontwikkeling van de chirurgie, van de klinische en biochemische onderzoekmethoden en de fysische therapie, heeft in medische kringen de aandacht zo zeer gespannen gehouden, dat de belangstelling voor geestelijke factoren als oorzaak van het ontstaan of verergeren van ziekteverschijnselen op de achtergrond is geraakt. De langdurige en indrukwekkende suprematie van de somatische onderzoeken en behandelingsmethoden heeft tot gevolg gehad, dat het lekenpubliek en dus ook de patiënten zo vertrouwd zijn geraakt met de somatische benadering van ziekteverschijnselen, dat zij alleen al daardoor zo niet afwijzend, dan toch minder openstaan voor psychische onderzoek- en behandelingswijzen. Daar komt bij, dat de gedachte aan een stoornis in de geestelijke gezondheid, zo in het idee van: „ik ben toch niet gek”, door de meeste patiënten niet wordt geaccepteerd en men zich liever vastklampt aan de terecht met roem beladen somatische geneeskunde. Ook de huisarts, opgeleid door specialisten in de somatische geneeskunde en vertrouwd met haar, ondanks haar veelzijdigheid, in zekere zin

toch afgebakende terrein, komt niet gemakkelijk tot een geestelijke benadering van zijn patiënt. Vor deze geestelijke benadering ontbreekt hem een wetenschappelijke basis. Ook schroomt hij het vertrouwde systeem van de somatische geneeskunde te verlaten. Bovendien stuit hij op weerstand bij de patiënt, die een psychische benaderingswijze van hem niet verwacht en primair ook niet wenst.

De grote veranderingen in de levensomstandigheden en levensnormen in de hedendaagse maatschappij leiden tot spanningen, die oorzaak zijn van een toeneming van psycho-somatische reacties, hetgeen tot gevolg heeft, dat vooral de huisartsen ervaren, dat de hun vertrouwde behandelingsmethoden steeds minder toereikend zijn. Een poging nu tot het verkrijgen van inzicht in geestelijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan van ziekteverschijnselen op het geestelijk welzijn, is de biografische anamnese.

Geestelijke structuur en levenservaring

De wijze, waarop de mens in bepaalde omstandigheden reageert, is enerzijds afhankelijk van zijn geestelijke structuur, anderzijds van de levenservaringen waarmede zijn geestelijke structuur werd geconfronteerd. In een gesprek, waarin de patiënt zelf zijn levensgeschiedenis vertelt, krijgen wij zowel een indruk van zijn geestelijke structuur als van de betekenis die zijn levenservaringen voor hem hebben gehad.

Hoewel de huisarts, door regelmatig contact met steeds weer dezelfde personen, van de geestelijke structuur als ook van de levensloop en levensomstandigheden van zijn patiënten onwillekeurig enigszins op de hoogte raakt, blijkt toch bij het opnemen van een biografische anamnese, hoe oppervlakkig onze kennis in dit opzicht eigenlijk is. Bovendien openbaren zich langs deze weg vaak problemen, die in een normaal gebruikelijke gespreksvorm niet ter sprake komen, hetzij omdat de patiënt zich deze problemen niet bewust is dan wel omdat hij schroomt deze problemen zonder meer ter sprake te brengen. Veelal is het alsof de patiënt door de biografische anamnese zo sterk het gevoel krijgt dat de arts zich voor zijn geval interesseert, dat daardoor de bereidheid, soms zelfs de behoefte ontstaat tot het afleggen van bekentenissen. Door de gegevens van de biografische anamnese, waarbij vooral aandacht moet worden geschonken aan het al of niet samenvallen van bijzondere levenssituaties met het optreden van lichamelijke verschijnselen met elkaar te vergelijken, krijgt men inzicht in de wijze waar-

op, in het speciale geval, geestelijke en lichamelijke factoren met elkaar zijn verweven.

Algemene richtlijnen

Nadat collega Van Lidth de Jeude dit betoog aan de hand van een tweetal ziektegeschiedenissen had verduidelijkt en daaruit zijn conclusies naar voren had gebracht heeft dr. J. Groen als co-referent deze voordracht aan een beschouwing onderworpen, beginnende met te zeggen dat hij, evenals ongetwijfeld alle toehoorders, gefascineerd was geweest door de scherpe observatie van collega Van Lidth de Jeude op de patiënten, wier gevallen hij als voorbeeld had gesteld.

Dr. Groen heeft enkele algemene richtlijnen af willen leiden uit wat collega Van Lidth de Jeude had uiteengezet, er op wijzende dat de onderzoeker dus getracht heeft de levensloop van zijn patiënten (het betrof hier huwelijkspartners) op te vangen in chronologische volgorde, daarbij een eigenaardig spel spelend van vraag en controle-vraag, teneinde enige objectiviteit te verkrijgen bij het vaststellen van zijn gegevens; en verder, dat hij systematisch bepaalde gebieden afzoekt waarover hij gegevens nodig heeft. Zoals wij in de gewone anamnese systematisch vervolgen de verschillende tractus circulatorius, respiratorius enz. zo zorgt men — aldus dr. Groen in zijn beschouwing — in de biografische anamnese er voor, terwijl men de patiënt zijn levensloop laat vertellen, dat men gegevens krijgt bijvoorbeeld over zindelijk worden, over sexuele ontwikkeling, schoolontwikkeling, beroepskeuze, huwelijk, religieuze activiteiten, enz. De biografische anamnese bestrijkt dus een aantal velden van interesse, waar de arts, wanneer deze alleen maar geïnteresseerd zou zijn in lichamelijke gezondheid, gewoonlijk niet zo systematisch naar zou vragen.

De methode van de biografische anamnese is juist voor de arts bijzonder geschikt omdat deze bij zijn dagelijkse werk de anamnese steeds nodig heeft en dus geleerd heeft de methode van het opnemen daarvan te beheersen. Daarom verdient voor een arts, die psycho-somatisch werk doet, de methode van de biografische anamnese veelal de voorkeur boven bijv. een questionnaire of een psycho-analyse, methoden, die elk op zichzelf een eigen indicatie bezitten en belangrijke gegevens kunnen leveren, maar die niet zo systematisch geven wat de arts door de biografische anamnese ter beschikking krijgt: een combinatie van min of meer objectief verkregen feitenmateriaal in chronologische volgorde en daarnaast ook gegevens omtrent de weerslag van deze „uitwendige” gebeurtenissen in het zieleleven van de patiënt. Dit laatste krijgt de arts door de patiënt, terwijl deze vertelt, te observeren en, terwijl hij met de patiënt praat, in een soort empathie met hem mede te voelen wat de verschillende levensgebeurtenissen voor de patiënt hebben betekend. Men laat daarbij een zekere mate van vrije associatie toe. Men kan en moet de patiënt soms toestaan om even de chronologische draad te

onderbreken, net zoals men dat bij de gewone anamnese doet, maar de arts komt toch weer terug op het chronologische principe dat uiteindelijk er voor zorgt dat de levensloop, net als in onze gewone anamnese, compleet wordt opgenomen.

Gevarieerde toepassingsmogelijkheden

Waarvoor gebruikt men nu dergelijke biografische anamnesen? Sinds we de methode hebben ingevoerd is eigenlijk gebleken, dat de toepassingsmogelijkheden er van veel groter en meer gevarieerd zijn dan we oorspronkelijk hebben gedacht. Men kan de methode gebruiken om gegevens te krijgen over de persoonlijkheidsstructuur, d.w.z. het geheel van instellingen en gedragingen in verschillende situaties, dat kenmerkend is voor de patiënt die men tegenover zich heeft. Want zijn omgeving (fysiek en sociaal) heeft hem in de loop van het leven geplaatst voor verschillende situaties. Uit zijn beschrijving van zijn gedragingen in die situaties kan men conclusies trekken over zijn persoonlijkheidsstructuur. Men vraagt in de biografische anamnese dus niet: „Bent u driftig?”, maar men leidt uit zijn gedragingen af of de patiënt in bepaalde situaties driftig is. Datzelfde geldt voor zuinigheid, vroomheid of alle andere eigenschappen waarover men een en ander wil vernemen.

In de tweede plaats geeft de biografische anamnese over de ontwikkeling van de persoonlijkheid, beïnvloed als deze is door de ouderlijke gezinssituatie, groei, schoolsituatie, kennismaking met het andere geslacht, belevingen daarbij en alle latere factoren van belang voor de verdere geestelijke ontwikkeling, rijping en eventuele involutie. Dus ook voor genetische studies van de persoonlijkheid is de biografische anamnese belangrijk.

In de derde plaats levert de biografie ons gegevens voor een correlatie in de tijd van bepaalde gebeurtenissen in de levensloop, de daarop betrokken zijnde belevingen van de patiënt en de veranderingen in zijn ziektebeloop, zoals we die uit de medische anamnese eveneens chronologisch hebben geleerd. Daarbij is men bijv. in staat alleen maar door de feitelijke vaststelling van de data te weten te komen wat eerst kwam en wat in de tweede plaats om daarop eventuele veronderstellingen te bouwen omtrent de oorzakelijke samenhang tussen gebeurtenissen in de levensloop, bijv. bepaalde tussenmenselijke conflicten, resp. intern-psychische conflicten en hun invloeden op het ziektebeloop, d.w.z. op het ontstaan van ziekte of op quasi-onbegrepen „spontane” genezing van ziekten.

In de vierde plaats geeft de anamnese zoals dat ook door het instructieve betoog van collega Van Lidth de Jeude is gebleken, aldus ging dr. Groen voort, ons een idee hoe de patiënt staat in zijn sociale verhoudingen, dat zijn dus eigenlijk zijn tussenmenselijke verhoudingen zoals die deels worden bepaald door zijn eigen persoonlijkheid, deels door de cultuur waarin hij leeft. Wij zijn daarbij vooral geïnte-

resseerd in de drie voornaamste aspecten van deze intermenselijke verhoudingen, nl. het gezin, het werk en de medemens in het algemeen.

Dr. Groen heeft tenslotte er de aandacht op gevestigd dat dit werk van collega Van Lidth de Jeude casuïstisch is en nog niet kan worden beschouwd als geschikt om daaruit eventuele wetenschappelijke wetten af te leiden. Maar toch kan zulk een „casuïstische” waarneming een uitgangspunt vormen om bijv. zulke punten als het ontstaan van een betere arts-patiëntverhouding door het opnemen van de biografie of het nemen van de biografie als uitgangspunten voor psychotherapie meer systematisch uit te werken.

Collega Van Lidth de Jeude heeft gesproken over

een geval van ischias en over een geval van astma en dit zijn nog niet meer dan twee afzonderlijke gevallen. Maar, zo besloot dr. Groen, al is dit werk nog geen wetenschap, er zijn toch enkele zeer interessante problemen voor wetenschappelijk onderzoek door hem geopend.

Dr. Groen verklaarde met zeer veel genoegen als co-referent van dr. Van Lidth de Jeude te zijn opgetreden, niet om hem iets te leren — want dr. Groen had veel van de spreker geleerd — maar vooral om er de aandacht op te vestigen hoezeer Van Lidth de Jeude's casuïstische observaties en behandelingen uitgangspunten vormen voor verdere studie, waarvan dr. Groen hoopte dat het N.H.G. vruchten zal mogen plukken.

Installatie „C.W.O.”

Een golf van enthousiasme is door medisch Nederland gegaan bij de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Speciaal de groep van huisartsen, aangetrokken tot wetenschappelijk onderzoek, is er door meegesleept. Maar niet alleen deze groep. Ook buiten de kring der huisartsen wordt de oprichting van het N.H.G. toegejuicht. In verheugend aantal bereiken het bestuur van het N.H.G. voorstellen voor wetenschappelijke onderzoekingen van huisartsen en niet-huisartsen.

Bevordering der wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunst door huisartsen is het doel van het Genootschap. Middelen om dit doel te verwezenlijken zijn het bestuderen van de wetenschappelijke problemen, welke de uitoefening van het beroep van huisarts met zich mede brengt ¹⁾, alsmede het stimuleren en organiseren van wetenschappelijke onderzoekingen, benevens het verlenen van raad en bijstand bij die onderzoekingen ²⁾.

Naar het oordeel van het bestuur dienen wetenschappelijke onderzoekingen aan verschillende voorwaarden te voldoen, maar vooral aan geneeskundig wetenschappelijke normen, ethische toelaatbaarheid ³⁾, ⁵⁾ en praktische uitvoerbaarheid ⁴⁾, ⁵⁾.

Op grond van deze overwegingen heeft het bestuur van het N.H.G. in overleg met het congres een commissie wetenschappelijk onderzoek ingesteld.

Installatie van deze commissie voor wetenschappelijk onderzoek had plaats zaterdag 6 april 1957 te Utrecht. Voorlopig werden benoemd: dr. H. H. W.

Hogerzeil, voorzitter; I. Ph. L. Koperberg, Amsterdam, Sam van Houtenstraat 22, secretaris; G. J. Bos, Vlaardingen, penningmeester; dr. K. J. van Deen, dr. F. J. A. Huygen en dr. W. Vasbinder, leden; dr. J. F. Buma, Leiden, dr. F. Doeleman, Utrecht en prof. dr. G. C. Heringa, Amsterdam, adviseurs. De commissie werd opdracht verleend een begin van uitvoering te geven aan de artikelen 4b en 4c van het voorlopig Reglement.

Teneinde teleurstellingen te voorkomen, daar falen van pogingen voor gemeenschappelijk onderzoek door huisartsen in het verleden reeds is voorgekomen ⁴⁾, ⁵⁾, adviseert het bestuur van het N.H.G. de studiegroepen overleg te plegen met de commissie wetenschappelijk onderzoek t.a.v. de keuze der onderzoekings-objecten, de methoden van uitvoering, de mogelijkheden van wetenschappelijke bewerking, het aantrekken van adviseurs en hulpmiddelen (gelden en goederen) enz.

Namens het bestuur,

K. G. Brühl, arts, secretaris.

¹⁾ Art. 4c voorl. reglement N.H.G., M.C. 1956 no 37, blz. 550.

²⁾ Art. 4b voorl. reglement N.H.G., M.C. 1956 no 37, blz. 550.

³⁾ M.C. 1956 no 22, blz. 310-318.

⁴⁾ Research Newsletter no 4. College of General Practitioners (Practitioner Juli '54, blz. 67).

⁵⁾ Research Newsletter no 11. College of General Practitioners, Editorial.