

# Huisartsgeneeskunde, een eigen soort geneeskunde?

H. O. SIGLING

In de afgelopen vijftientig jaar is de Nederlandse huisarts zich meer en meer bewust geworden van het eigen, specifieke karakter van zijn positie. Hij is zich bezig gaan houden met zijn praktijkvoering, met wetenschappelijk onderzoek, met nascholing, met een eigen beroepsopleiding en met toetsing. Het is niet te verwachten dat dit alles zal leiden tot fundamentele veranderingen in aard en karakter van de hulpverlening, zoals deze door of via de huisarts wordt verstrekt. Hiervan zal pas sprake kunnen zijn, als een aantal basisconcepties grondig wordt herzien.

## Vraagstelling

In de afgelopen jaren heeft zich in de huisartsgeneeskunde een aantal ontwikkelingen voorgedaan die gedeeltelijk liggen op het vlak van de theorievorming, gedeeltelijk op het vlak van de toepassing. Op het gebied van de theorievorming gaat het om begrippen als integrale geneeskunde, levensloopgeneeskunde en medisch probleem-oplossen. Op het terrein van de toepassing gaat het om methoden en benaderingswijzen, zoals het methodisch werken, de gezinsgeneeskunde, de anticiperende benadering, het psychosociale handelen en het hanteren van de arts-patiëntrelatie.

Daarnaast is het bewustzijn gegroeid dat ook de toepassing van de medisch-biologische kennis in het handelen van de huisarts zijn eigen doelstellingen en toepassingsregels heeft of dient te hebben. Vooral de Nijmeegse school heeft zich ingezet voor het bestuderen en propageren van een eigen soort handelen. Het NHI, en met name de Werkgroep chronische ziekten, heeft waardevolle bijdragen geleverd in de vorm van het ontwerpen en vaststellen van standaardprocedures met betrekking tot hypertensie en diabetes. De vraag rijst echter, of dit inhoudt dat de huisartsgeneeskunde zich geprofileerd heeft tot een geheel eigen soort geneeskunde, een geneeskunde die principieel en fundamenteel – paradigmatisch, zo men wil – afwijkt en te onderscheiden is van de klinische geneeskunde.

Deze vraag is niet zo eenvoudig te beantwoorden. Om te beginnen zitten wij met het probleem „wat is een eigen soort geneeskunde?”.

Geneeskunde is, zoals u ongetwijfeld weet, een toegepaste wetenschap, althans voorzover geneeskunde van uit wetenschappelijke criteria wordt benaderd en ontwikkeld; er is veel in de praktijk van de geneeskunde dat berust op voorwetenschappelijke, intuïtieve kennis. In zoverre men echter zou willen spreken van geneeskunde als wetenschap, is er sprake van een wetenschap die zijn kennis en methodologie ontleent aan andere, meer fundamentele disciplines (natuur- en gedragswetenschappen). Houdt dit nu in, dat wij huisartsgeneeskunde een eigen soort geneeskunde kunnen noemen, wanneer de toe te passen kennis en methodiek afwijken van de kennis en methodiek die kenmerkend zijn voor de klinische geneeskunde?

Ongetwijfeld zullen er aanhangers zijn van deze opvatting. Degenen die de moeite hebben genomen de paradigma-discussies in *huisarts en wetenschap* te lezen, zullen zich herinneren hoe sommigen de hierboven genoemde theorieën en methodieken als voor de huisartsgeneeskunde kenmerkende paradigma's beschouwen. Zij wijken daarbij overigens duidelijk af van de betekenis die *Kuhn* aan het woord toekent. Het komt mij echter voor, dat het bij zaken als integrale geneeskunde, methodisch werken en het hanteren van de arts-patiëntrelatie, slechts gaat om middelen

of wegen die gebruikt worden om het doel, de optimale hulpverlening aan de patiënt, te bereiken. Daarbij gaat het niet eens om geheel nieuwe en oorspronkelijke wegen. Stuk voor stuk zijn zij ontwikkeld en toegepast binnen andere takken van de geneeskunde, of afkomstig uit andere disciplines. Interne geneeskunde, beslistkunde, psychiatrie, gedragswetenschappen en het casework zijn de leveranciers van de theorieën en methodieken die thans voor de huisartsgeneeskunde opgeld doen.

Mogelijk vormt de anticiperende geneeskunde hierop een uitzondering, hoewel ook hier duidelijke bindingen met de epidemiologie zijn aan te wijzen. Nieuw zijn slechts de situatie, de plaats en de tijd waarop van deze kennis en vaardigheden gebruik gemaakt wordt.

Willen we ten aanzien van de huisartsgeneeskunde kunnen spreken van een geheel eigen soort geneeskunde, dan is een wezenlijke voorwaarde dat zij zich op fundamentele punten onderscheidt van de gangbare vormen van geneeskunde. De grondvesten van ons denken en handelen in de dagelijkse praktijk komen daarbij aan de orde.

Te weinig realiseren wij – hulpverleners, ingesteld op praktisch handelen – ons dat aan ons doen en laten een aantal basale opvattingen ten grondslag ligt, die nooit of nauwelijks in discussie komen (*McWhinney*). Het doel dat wij met ons handelen nastreven, de keuze van de middelen die wij daarbij gebruiken, en ons oordeel over het bereikte resultaat kunnen sterk variëren. Uiteindelijk echter zijn zij afhankelijk van een aantal, vaak impliciet werkende vooronderstellingen, opvattingen waar wij a priori van uitgaan, zonder ze regelmatig ter discussie te stellen en zo nodig door anderen te vervangen. Een drietal opvattingen is daarbij met name voor de arts van wezenlijk belang:

- wat voor beeld heeft hij van de mens;
- wat is zijn opvatting over ziekte;
- hoe beschouwt hij de natuur?

In de geneeskunde bestaan ten aanzien van de beantwoording van deze vragen bepaalde tradities. Vaak meer impliciet dan expliciet beheersen deze tradities het praktische en wetenschappelijke handelen. Wezenlijk voor de beantwoording van de vraag of de huisartsgeneeskunde een eigen soort geneeskunde is, zijn de opvattingen die zij kiest ten opzichte van deze drie aspecten: mensbeeld, ziekteopvatting en natuurbeschouwing.

## Het mensbeeld

*The image of man is fractured and in need of restoration.*

*Pellegrino*

Het antwoord op de vraag wat nu het meest kenmerkende is van het menszijn, luidt nogal eens „het feit dat de mens zich voor deze vraag interesseert en er een antwoord op tracht te vinden”.

Na aldus een uitgangspositie te hebben aangegeven moet ik hieraan toevoegen dat in dit antwoord tevens de grote beperking in het bezig zijn met deze vraag tot uiting komt. De vraag naar het wezen van de mens is een objectiverende vraag, die studie en wetenschappelijk onderzoek omtrent het object mens inhoudt. Tegelijkertijd is het dit object zelf, dat als subject, als denker en onderzoeker, aan de gang gaat; kortom, bij de bestudering van het „verschijnsel mens” (*Teilhard de Chardin*) komt er altijd uit wat hij er zelf instopt.

Ongetwijfeld is dit een van de oorzaken geweest van de behoefte een scheiding aan te brengen tussen de geest of het denkende gedeelte (*res cogitans*) en het stoffelijk deel, dat in vorm en materie een stuk lege ruimte opvult (*res extensa*). Over het algemeen wordt Descartes voor deze scheiding verantwoordelijk gesteld, maar in feite zorgde hij slechts voor een variatie op een oud thema, dat reeds de oude Grieken intensief bezighield. Eeuwenlang heeft deze scheiding – op zichzelf natuurlijk ook een constructie van de menselijke geest – een vrij onaantastbaar bestaan geleid. Hieruit ontwikkelden zich twee wetenschappelijke tradities: een traditie die zich bezighield met datgene wat zintuiglijk waarneembaar was, en zich zodoende goed leende voor objectieve bestudering volgens vast te stellen regels en methoden, de positieve of natuurwetenschappen; en een traditie die zich bezighield met het niet zintuiglijk waarneembare, de idealistische of geesteswetenschappen. Dit dualisme is ouder dan Descartes, maar hij was degene die het in uitgesproken vorm op de mens van toepassing verklaarde. Daarmee was de weg geopend de mens onderwerp van studie te maken op dezelfde wijs als het dierenrijk en de levenloze natuur.

Een kenmerk van deze natuurwetenschappelijke traditie was en is het voortdurend verder ontleden van het onderzoeksobject (de analytische benadering). De levende mens leent zich daar echter minder toe, zodat veel kennis omtrent de mens afgeleid moest worden van onderzoek bij dieren en bij gestor-

venen. Het was dan ook een hele geruststelling voor deze onderzoekers, toen Darwin in de vorige eeuw bewijzen aanvoerde voor de conclusie dat de mens niet een unieke creatie was, maar gewoon een hoog ontwikkelde aap. De opvatting van Descartes over het levende, menselijke lichaam als een ingewikkelde machine en de veronderstellingen over het ontstaan van de mens via een geleidelijke ontwikkeling uit een lagere vorm van leven, hebben de natuurwetenschappelijke opvattingen over de mens beslissend beïnvloed. Het zijn deze opvattingen die het beeld over de mens in de geneeskunde hebben bepaald.

• *Het mensbeeld in de geneeskunde.* Deze globale aanduiding vraagt om een nadere specificering. Wanneer wij verder praten over het mensbeeld, wil ik mij in de eerste plaats richten op het biologisch mensbeeld, de mens als levend wezen in het rijk van de natuur. En als wij spreken over de geneeskunde, dan bedoelen wij de Westerse, „officiële” geneeskunde, zoals die ook in onze huisartsgeneeskunde tot uitdrukking komt. Dit biologische mensbeeld wordt tot op de dag van vandaag ook bij ons huisartsen bepaald door de opvatting, dat het menselijk lichaam een ingewikkelde machine is, en dat de structurele en functionele eigenschappen niet principieel afwijken van die van het dier. Analytische bestudering met behulp van natuurwetenschappelijke methoden van met name de biofysica en biochemie, en dier-experimenten zullen uiteindelijk de laatste geheimen omtrent de humane biologie ontsluitieren. Zien wij nu naar de effecten die deze zienswijzen gehad hebben en nog hebben op de wetenschappelijke produktiviteit, dan valt niet te ontkennen dat zij geleid hebben tot een immense hoeveelheid feitenkennis. Fysiologie, anatomie, pathologie en hun afgeleide disciplines hebben voor veel „factual knowledge” gezorgd op het gebied van de normale en afwijkende structuren en functies van het menselijk lichaam. Deze kennisbestanddelen zijn echter niet alleen opgetekend en doorgegeven aan volgende generaties geneeskundigen, zij zijn ook gebruikt voor toepassingsdoel-einden bij het beïnvloeden van het menselijk lichaam zelf. In innige verbondenheid met een zich sterk ontwikkelende technologie zijn de gegevens verkregen uit natuurwetenschappelijk onderzoek, zonder reserves toegepast in de geneeskundige hulpverlening. Slechts weinigen hebben zich daarbij bekommerd om

de gigantische reducties die werden toegepast: de reductie van de mens tot zijn lichaam in de eerste plaats; de reductie van het gehele organisme tot zijn samenstellende bestanddelen in de tweede plaats.

• *De andere visie op de mens.* In onze eeuw hebben zich ontwikkelingen in het denken voorgedaan die toegang geven tot een andere visie op de mens. Steeds minder is in het natuurwetenschappelijk denken over de mens en andere organismen het geloof in stand gebleven, dat verdere analyse ons dichter brengt bij de oplossing van het raadsel van het leven. Steeds meer wint het inzicht veld, dat bij het ontleden en voortgezet determineren een wezenlijk aspect van het organisme verloren gaat, een aspect dat kort kan worden aangeduid als de specifieke betekenis van de organisatiegraad. Niet de eenvoudige optelling van de eigenschappen van de kleinste onderdelen geeft een totaalbeeld van het organisme, het is juist de wijze waarop de onderdelen met elkaar in betrekking staan, één geheel vormen, die bijzondere en nieuwe eigenschappen en potenties introduceert.

Deze denkrichting, die unieke en onvervangbare eigenschappen toeschrijft aan het geheel, draagt de naam *holisme*, een in 1926 door de latere Zuidafrikaanse president Smuts geïntroduceerde term. Dit holisme is door verschillende mensen op verschillende wijzen uitgewerkt. Binnen de wetenschapstheorie zijn hiervan opvallende karakteristieken terug te vinden in de algemene systeemtheorie (*Von Bertalanffy*); binnen de geneeskunde wordt op bescheiden schaal aan dit principe uitdrukking gegeven in de uit Amerika afkomstige „humanistic medicine” (*Miller et al.*). De holistische visie op het biologisch denken over de mens houdt in, dat het levende menselijk lichaam niet te begrijpen valt, wanneer men het uitsluitend via chemische en fysische analyse benadert; dat werkelijke kennis omtrent de geheimen van structuur en functie van het lichaam moet aanvangen bij de eigenschappen van het geheel; en dat bij iedere reductie van het geheel – van het organisme naar orgaanstelsels, van orgaanstelsels naar aparte organen, van organen via weefsels naar cellen en tenslotte van cellen naar eiwitten – wezenlijke eigenschappen verloren gaan.

Het besef dat het geheel meer is dan de som van de delen, heeft zich uiteraard niet beperkt tot het (menselijk) lichaam. Ook de reeds eeuwen bestaande scheiding tussen lichaam en geest als

twee afzonderlijke sferen, elk met zijn eigen werkveld, kwam onder invloed van het holistisch streven weer in het brandpunt van de belangstelling. Oude theorieën die reeds gepoogd hadden de betrekkingen tussen deze twee gebieden op de een of andere wijze te verklaren, hielden hierbij geen stand. Vanuit de strikt mechanistische natuuropvatting, een opvatting die nog steeds in delen van de specialistische geneeskunde opgeld doet, was de geest aangeduid als een produkt van de hersencellen. Een andere opvatting, die in de psychosomatiek tot uitdrukking kwam, baseerde zich meer op de wisselwerking, de wederzijdse beïnvloeding. Deze opvatting was echter in opzet even dualistisch als de denkbeelden in de jaren van de grote scheiding. In feite is dit ook de denkwijze van de „progressieve” huisartsen, de pleitbezorgers van de integrale geneeskunde. (Het sociale sausje dat zelfstandig of in verbinding met het psychische nog wordt toegevoegd, laat ik hier terzijde.) De nieuwe visie op de mens vanuit holistisch perspectief stelt een nieuwe eis. De eis dat het werkelijk menselijke juist is gelegen in de principiële eenheid van lichaam en geest, hetgeen inhoudt dat ware kennis omtrent het menselijke in de mens niet te verwerven valt door een van beide wetenschapsgebieden (*Landman*).

Het karakteristieke van de menselijke biologie is de wijze waarop de geestelijke eigenschappen letterlijk zijn georganiseerd; tot organisme zijn geworden. Het karakteristieke van de menselijke geest is, dat deze zich uitdrukt in een eigensoortige somatische structuur en functie. Vooral de bioloog *Portmann* heeft zich veel moeite gegeven het biologische beeld van de mens niet te bestuderen vanuit een anatomische en functionele vergelijking met lagere organismen, maar te zoeken naar het unieke en specifieke. Hij is het ook, die de mens niet langer kenmerkt als een hoog ontwikkelde aap zonder staart. Het eenmalige in de ontwikkeling van het lichaam van de mens naar voren halend, laat hij zien hoe die ontwikkeling alleen verklaarbaar is vanuit de rol die het lichaam moet spelen als instrument van de geest. In de mens heeft de natuur haar grootste mogelijkheden tot nu toe gerealiseerd. Het dier is het schepsel der gemiste kansen. Het is met zijn beperkte mogelijkheden gebonden aan een beperkte situatie. De mens is echter gebonden aan een situatie waarop hij zelf schepend invloed heeft gehad. In de levenssituatie die de mens voor zichzelf schept, en waaraan hij tevens gebonden

is voor zijn groei, ontwikkeling en voortbestaan, ligt de belangrijkste uitdrukking van en voorwaarde voor zijn bestaan. Het bewust actief omgaan met deze situatie, in een proces van wisselwerking en wederzijdse beïnvloeding, is de realiteit van het mens-zijn.

• *Het nieuwe mensbeeld in de geneeskunde.* Verschillende personen hebben geprobeerd, uitgaande van dit nieuwe mensbeeld, een nieuwe vorm van denken over de geneeskunde en een nieuwe vorm van geneeskundige hulpverlening te ontwerpen. Hun beschouwingen, die zijn gebaseerd op de mens als uniek wezen, hebben het predicaat *antropologisch* gekregen. In Nederland heeft *Buytendijk*, als eenling in de wereld van de mechanistisch denkende fysiologie, zich gewaagd aan het ontwerp van een antropologische fysiologie. In Duitsland ontstond in de dertiger jaren een kleine kern van klinische geneesheren die onder de gezaghebbende leiding van *Von Weizsäcker* zich wijdde aan de ontwikkeling van een antropologische geneeskunde (*Zonn*). Helaas is het zo, dat de geschriften van zowel *Buytendijk* als *Weizsäcker* in vele passages het concreet ingestelde denkvermogen van de medicus practicus te boven gaan. Hun denkbeelden zijn daarom niet terechtgekomen waar ze horen: in de praktijk van die geneeskunde die zich het meest in de buurt bevindt van de mens in zijn levenssituatie, met andere woorden in de huisartsgeneeskunde.

De geneeskunde is hard toe aan een nieuwe visie op de mens en nergens wordt dat sterker gevoeld dan in de praktijk van de huisartsgeneeskunde. Het verzet tegen de mechanistische, reducerende aanpak en van de dualistische benaderingswijze groeit met de dag. Maar het is een lange en moeizame weg van een nieuwe theorie naar een nieuw geneeskundig handelen. Ook *Kuiper*, die er in slaagt in een iets toegankelijker taal een holistisch-antropologische mensopvatting wat verder uit te werken naar een visie op de gezondheidszorg, slaagt er nog niet in dit concreet te maken voor de praktijk van onze dagelijkse hulpverlening. Het is de huisarts zelf die zich zal moeten wenden tot de laatste – zo men wil, de eerste – vragen: wie en wat is de mens, „homme cet inconnu”?

## Ziekteopvatting

*Disease is a mode for explaining things in particular ill humans.*

*Tristram Engelhardt jr*

Het is een oeroude vraag, minstens zo oud als de geneeskunde zelf, hoe wij het verschijnsel ziekte moeten opvatten. Wat gebeurt er precies, welk proces vindt er plaats, wanneer in de mens veranderingen optreden, gepaard met onlustgevoelens (klachten) en stoornissen in de normale structuur en functie (symptomen).

Het denken over de aard, oorzaak en samenhang van deze veranderingen heeft geleid tot een hele reeks van ziekteopvattingen. *Riese* en in zijn spoor *Drogendijk* komen, ieder met een eigen naamgeving, tot een vijftiental ziekteopvattingen die in de loop van de geschiedenis het gezicht van de geneeskunde hebben bepaald. Verschillende opvattingen doen in een bepaalde periode tegelijkertijd, in meer of mindere mate opgeld en leiden tot verschillen in behandeling (*Ledermann*).

In een poging enige orde in deze chaos te scheppen brengt *Tristram Engelhardt* een tweedeling aan. Enerzijds onderkent hij die ziekteopvattingen die berusten op een *ontologische* basis. Anderzijds is sprake van een verzameling opvattingen die uitgaan van een *fysiologisch* concept. Zoals het woord al aangeeft, is er bij de ontologische ziekteopvattingen sprake van de overtuiging, dat bij het bestaan van een ziekte een zelfstandig gegeven een rol speelt, een entiteit die principieel afwijkt en te onderscheiden is van de normale lichaamsstructuur of lichaamsfunctie. Of het hierbij gaat om een afwijkende substantie, of van afwijkend gedrag van de normale lichaamssubstantie, is secundair. De optredende klachten en symptomen vormen met de optredende veranderingen in het lichaamssubstraat een logisch – zo men wil, een pathologisch – geheel. Behandeling van dit complex bestaat daarom principieel uit bestrijding. Alles wat hier tegengesteld aan werkt, de veranderingen opheft, de verschijnselen wegneemt, het zieke substraat elimineert, is van nut om de oorspronkelijke (gezondheids)toestand te herstellen.

Er is niet veel fantasie nodig om aan de behandelingsvormen van de hedendaagse klinische geneeskunde de principieel ontologische ziektebeschouwing te herkennen. De chirurgie, de radiotherapie, de cytotoxische farmacotherapie zijn even zovele offensieve exponenten van een ontologische ziektebeschouwing. Ook de huidige huisartsge-

neeskunde staat nog met beide benen in de eeuwenoude traditie die kenmerkend is voor dit ziektebegrip; een traditie die stoelt op de opvatting dat uiteindelijk de oorzaak van ziekte gezocht moet worden in veranderingen in de materie van het lichaam (solidair-anatomische traditie), afdalend van de organen, via de weefsels en de cellen naar de moderne vormgeving van de moleculaire pathologie. De beoefenaren van deze huisartsgeneeskunde met haar behoefte aan diagnostische faciliteiten en vroegdiagnostische preoccupatie zouden zich bewust moeten zijn van het ziektebegrip dat aan deze desiderata ten grondslag ligt.

De vraag moet echter gesteld worden, of in het denken over huisartsgeneeskunde als een geheel eigen soort geneeskunde, niet de belangrijkste opdracht luidt „het hele concept betreffende ziekte en ziek-zijn op de helling te zetten” (McWhinney).

Onmiddellijk dient zich nu het probleem aan hoe het met de andere door Tristram Engelhardt onderscheiden set van ziekteopvattingen, te weten de fysiologische concepten, gesteld is. In deze visie wordt ziekte niet verklaard als een zelfstandig pathologisch proces, maar de klachten en symptomen vormen een uitdrukking van algemeen geldende fysiologische reacties. De variatie en samenstelling waarmee deze reacties zich voordoen, worden geheel bepaald door voor elke mens unieke kwaliteiten. Het is het gehele samenstelsel van individuele aanleg, levensgeschiedenis en actuele situatie, dat verantwoordelijk is voor deze unieke kwaliteiten. Ziekte wordt zodoende een historisch en sociaal-cultureel bepaald systeemfenomeen (Coulter).

Hoe modern deze terminologie ook aandoet, de opvatting als zodanig is niet van vandaag of gisteren. Zelfs Virchow in zijn jongere jaren belijdt deze opvatting, als hij schrijft „dass Krankheiten nur den Ablauf des Lebenserscheinungen unter veränderten Bedingungen darstellen” (Rather). Ook hier is sprake van voeding vanuit een eeuwenlange traditie die reeds voor onze jaartelling zijn oorsprong vond en bekend is als de humorale school.

Het uitgangspunt van deze school, dat ziekte gebaseerd is op een verkeerde menging van lichaamssappen, heeft niet zo lang stand gehouden. De ermee samenhangende gedachtenwereld, die grote betekenis toekende aan de samenhang tussen de lichamelijke verschijnselen, persoonlijkheidsfactoren en milieu-

invloeden, heeft wel de eeuwen getrotseerd. Essentieel voor een dergelijke zienswijze is, dat er bij ziekte geen sprake is van de aanwezigheid van een bepaald specimen uit een eindige verzameling ziekte-toestanden, maar dat ziek-zijn een uniek individu-gebonden proces is, dat de weerslag vormt van de strijd die déze persoon in déze omgeving op dit moment voert tegen interne of externe bedreigingen. Taak van de arts hierin is voor alles de zieke persoon te steunen in zijn strijd. De ziekteverschijnselen vormen niet meer dan openbaringen van deze strijd en hebben in vele gevallen (koorts, hoesten, diarree en dergelijke) een zinvolle functie. Het bestrijden van de symptomen op zich is onlogisch en soms zelfs schadelijk. Het is opvallend hoe deze opvatting geleidelijk aan uit de officiële geneeskunde verdwenen is en alleen nog in sommige richtingen van de alternatieve geneeskunde (homeopathie, antroposofische geneeskunde) is terug te vinden.

De huisartsgeneeskunde van vandaag staat voor de opgave zich opnieuw op haar ziekteopvatting te bezinnen. In allerlei toonaarden is al uiting gegeven aan de moeilijkheden die de huisarts ondervindt bij het onderbrengen van gepresenteerde klachten en afwijkingen in het bestaande nosologische systeem. Wij weten maar al te goed hoe iemand in het medische proces geleidelijk aan in het kader van een bepaalde ziekte-eenheid wordt gewrongen. Het zou interessant zijn eens na te gaan wat mensen met eenzelfde klinische diagnose nog meer gemeen hebben dan de terminologie van de dokter (Wolffers).

Een vernieuwend inzicht in wat ziekte nu eigenlijk is, valt moeilijk te combineren met het veilig stellen van de oude, geliefde diagnostische en therapeutische procedures. Het vraagt om twijfel omtrent ons handelen, voor zover dat op de gebruikelijke ontologische ziekteopvatting is gebaseerd. Het werken met diagnostische en therapeutische schema's uitgaande van een bepaalde ziekte-eenheid (bijvoorbeeld diabetes mellitus of chronische reuma) dient dan ook kritisch te worden gezien. Ook bij de behandeling van symptomen als hypertensie, is voorzichtigheid geboden. Het zou kunnen zijn dat iemands bloeddrukverhoging een uiting is van zijn strijd om zich staande te houden met zijn persoonlijkheid en in zijn situatie, en dat deze bloeddrukverhoging daarbij een functie vervult. Het behandelen van de bloeddruk wordt dan een zinloze en misschien zelfs ongewenste benadering; een hulpverlening die zich richt op de

gespannen situatie tussen dat individu en zijn omgeving, wordt dan de opgave. Huisartsgeneeskunde, een eigen soort geneeskunde? Die vraag is eerst dan te beantwoorden, als de vraag „heeft huisartsgeneeskunde een eigen ziekteopvatting” in beslissende zin aan de orde is geweest.

## Natuurbeschouwing

De huisarts wordt in zijn dagelijkse praktijkvoering voortdurend geconfronteerd met onverwachte verschijnselen: ziekteprocessen hebben niet het verloop dat in de boeken beschreven staat; plotseling herstel bij een veronderstelde fatale afloop; het optreden van zwangerschap bij een geconstateerde steriliteit; uitgebreide (pathologisch)-anatomische afwijkingen bij overigens normaal functionerende mensen; kortom, „niets hoeft en alles kan in de geneeskunde”. Al deze ervaringen wijzen er op, dat allerlei processen en gebeurtenissen niet die wetmatigheid en voorspelbaarheid hebben, die zij onzes inziens en volgens de opvattingen van de wetenschappelijke tradities waaruit wij stammen, zouden moeten hebben. De dagelijks ervaren werkelijkheid (de empirie) sluit niet aan bij ons denken. De kloof die wij ervaren tussen onze wetenschappelijke opvattingen en hetgeen wij waarnemen, zijn we geneigd toe te schrijven aan tekorten in onze feitelijke kennis.

Het fundament van onze wetenschappelijke opvattingen, onze kennistheoretische uitgangspunten, stellen wij zelden of nooit ter discussie. Sterker nog, wij zijn ons nauwelijks bewust van het feit, dat al onze verwachtingen, onze waarnemingen en onze conclusies met betrekking tot de verschijnselen die wij (bij onze patiënten en om ons heen) waarnemen, berusten op een vrij dwingend complex van vooronderstellingen; vooronderstellingen over hoe de natuur in elkaar zit, over de relatie tussen materie en energie, over de betrekkingen tussen tijd en ruimte, over het verschil tussen anorganische en organische stof, over de wijze waarop veranderingen in de materie plaatsvinden en de invloeden die daarbij een rol spelen, enzovoort. Over al deze onderwerpen koesteren wij bepaalde vooronderstellingen, waarvan de grote wijsgeer Kant stelde, dat zij aan ons denken over de dingen voorafgaan (Kants a priori). Het is belangrijk deze grondbegrippen eens door te nemen, omdat zij een bepaalde invulling gekregen hebben met behulp waarvan de natuurwetenschappelijke ont-

wikkelingen van de afgelopen eeuwen vorm hebben gekregen. En op basis van deze natuurwetenschappelijke ontwikkelingen is de geneeskunde geworden tot wat zij is. Zij hebben ons geneeskundig handelen bepaald tot wat zij is. De klassieke uitgangspunten van de natuurwetenschappen kan men als volgt beschrijven:

- Alle natuurlijke processen worden bepaald door twee onafhankelijke categorieën, ruimte en tijd. Alles wat zich voltrekt, laat zich beschrijven naar plaats en moment en deze zijn los van elkaar vast te stellen.

- De wet van behoud van de stof of substantie. Processen spelen zich af in of tussen substanties die bepalend zijn voor het optreden van veranderingen en een noodzakelijke voorwaarde zijn voor het optreden van werkingen of klachten.

- Natuurverschijnselen hebben een geleidelijk karakter: *natura non facit saltus*.

- Veranderingen hebben een wetmatig karakter, zij worden geheel bepaald door voorliggende oorzaken (determinisme). Newton, Laplace en vele anderen hebben onder andere in de mechanica, de thermodynamica en chemodynamica dit wetmatig gedetermineerd-zijn uitgewerkt.

Het kost ons weinig verbeelding vast te stellen, dat ons diagnostisch en therapeutisch bezig zijn nog hoofdzakelijk door deze grondbeginselen wordt gekenmerkt. „Hier sieht man, wie einige abstrakte Ideen eine ungeheure gestaltende Kraft bis in die letzten Nutzungen haben können” (*Von Neergaard*).

In de aanhef van dit hoofdstuk verwees ik naar de kloof die tussen theorie en empirie, tussen onze verwachtingen en de ervaringen in de dagelijkse praktijk, lijkt te bestaan. Berust dit feit op nog bestaande tekorten in onze kennis? Bewijst het de hachelijkheid van onze waarnemingen? Of is er misschien toch iets mis met onze vooronderstellingen, met de waarheid en de bruikbaarheid van de door ons gehanteerde grondbegrippen?

Daar komt nog een ander probleem bij. Sedert de mens zich bewust bezig is gaan houden met zijn eigen bestaan, met zijn plaats en rol in de totaliteit van de natuur, zijn er vragen opgekomen over de zin en de betekenis van het totale wereldgebeuren. De ervaring dat andere krachten dan fysische, en andere processen dan substantiële, deel uitmaken van de werkelijkheid, heeft voor een deel van de mensheid te allen tijde een

groot waarheidsgehalte gehad. Dat gebied dat angstvallig buiten de natuurwetenschap gehouden werd en daarom de aanduiding „metafysisch” kreeg toebedacht, en dat zich richtte op het denken, voelen en willen van de mens, kortom op het „psychische”, ontwikkelde zich zelfstandig en volgens eigen normen en grondbegrippen. Zo ontstonden in het universele rijk van de wetenschap twee werelden, die van de natuurwetenschap en die van de geesteswetenschap. Hoe vreemd en vaak vijandig zij ook voor elkaar mogen zijn, juist in de geneeskunde was en is hun confrontatie niet te vermijden. En juist in de geneeskunde wordt dit schisma in het denken tot een innerlijke verdeeldheid die het einde van de hulpverlening al heeft ingeluid voor zij werkelijk begonnen is.

Maar keren wij terug naar de fundamenten waarop het bouwwerk van de natuurwetenschap is opgetrokken. Het zijn juist deze fundamenten, die vanaf het begin van onze eeuw aan een grondige herziening zijn onderworpen: een principiële en radicale revisie, die in de fysica een totaal andere natuurbeschouwing ingang heeft doen vinden, die afreken met een aantal vooronderstellingen waarop de geneeskundige wetenschap en praktijk nog grotendeels rustig voortborduren.

De revolutionaire wijzigingen in de fundamentele axiomatie van de natuurwetenschap zijn gebaseerd op twee theorieën, de quantentheorie (Planck) en de relativiteitstheorie (Einstein). De eerste heeft de stoot gegeven tot een volledige herziening van de opvattingen over de materie en het streng causaal gedetermineerd zijn van de microfysische verschijnselen. De tweede heeft de principiële scheiding tussen tijd en ruimte voorgoed opgeheven. In de moderne opvattingen over het atoom is niet meer sprake van de kleinste, ondeelbare eenheid van substantie, maar van een systeem van deeltjes met complementaire verschijningsvormen, enerzijds als stofdeeltje, anderzijds als een energiequantum of foton (Bohr). Ook zijn de veranderingen die optreden in positie en richting van de atoomdeeltjes, niet tegelijkertijd bepaalbaar (Heisenberg), waardoor de opvatting dat veranderingen in de stof aan causale wetmatigheden onderworpen zijn, heeft plaatsgemaakt voor het inzicht, dat – althans op moleculair niveau – hier een veelheid van oorzaken geldt, die slechts statistisch valt te benaderen. Wat de verbinding van ruimte en tijd betreft, is de moderne opvatting dat tijd niet een onafhankelijke factor is, waarmee men

duur en tempo van veranderingen zelfstandig kan bepalen. Van beslissende betekenis hierbij is de positie van de waarnemer ten opzichte van het waargenomene; afstand en tijd zijn van elkaar afhankelijk (*De Broglie*).

Over de consequenties van deze veranderde inzichten voor biologie en geneeskunde is binnen de geneeskunde en haar basiswetenschappen, fysiologie en anatomie, nog slechts weinig nagedacht. *Von Neergaard* deed daartoe in 1946 een poging, maar daarna is het stil gebleven. In 1978 schrijft *Yanowsky* over „the misery of contemporary medicine”, die te wijten is aan „the inadequacy of its philosophy, a philosophy still based on 18th century concepts”.

Wat heeft dit met de huisartsgeneeskunde van doen? Is het niet wat al te simplistisch te constateren, dat de geneeskunde en ons dagelijks medisch handelen beheerst worden door obsoleete natuuropvattingen, daarmee impliciet aangevend dat het hoog tijd wordt deze over boord te zetten? Want wat houdt dat in? Welke lijn van denken moeten we prijs geven? En welke handelingen worden daarmee overbodig of misschien zelfs ongewenst? En verder nog, wat moet ervoor in de plaats komen? Wie vertaalt de moderne natuurwetenschappelijke inzichten in voor de huisartsgeneeskunde relevante uitgangspunten? Een streep zetten onder een mechanistisch-deterministische natuuropvatting en onder de scherpe scheiding tussen stof en niet-stof en onder de onafhankelijkheid van tijd en ruimte? Akkoord. Maar waar liggen de relevante verbindingen met het levende, zich van zichzelf bewuste organisme *mens*, waarmee wij dagelijks van doen hebben?

De vragen stellen is gemakkelijker dan ze beantwoorden. Toch zou het wel eens een van de grote opgaven voor de huidige geneeskunde kunnen zijn op deze vragen een antwoord te formuleren. Met name de huisartsgeneeskunde zal aan haar ervaringen van alledag de impuls moeten ontleen om haar denken en handelen te onderbouwen met een nieuw ideeënbestand. Geconfronteerd met de gebrekkigheid en onvolledigheid van het causaal-mechanistisch denken, getroffen vaak door de innige relaties tussen het verloop van lichamelijke en psychische processen, verwonderd soms door toevalligheden en coincidenties, is de huisarts bij uitstek degene die van de vernieuwde natuuropvatting het eerst de vruchten zal kunnen plukken. Bij welke grondbegrippen zou de huisartsgeneeskunde moeten beginnen?

Naar mijn mening zal het herzien van met name twee grondconcepten, dat van de *oorzakelijkheid* en dat van de *relatie stof-energie* van grote invloed kunnen zijn op het (huisarts)geneeskundig handelen.

Onder oorzakelijkheid versta ik het verklarend verband binnen twee opeenvolgende, met elkaar samenhangende verschijnselen. Tot nu toe zijn wij gewend het verband tussen deze verschijnselen bijna uitsluitend op causaal-deterministische wijze te verklaren. Dat houdt in dat het voorafgaande factorencomplex bepaalt welke veranderingen er optreden, en hoe die zullen uitvallen. Wij zoeken dus onze verklaringen omtrent fysische verschijnselen in een daaraan voorafgaande toedracht. In de eerste plaats moeten wij nu gaan accepteren dat het verband niet bepaald wordt door zekerheidswetten, door noodzaak, maar door waarschijnlijkheidswetten, door berekenbaar toeval. Het aantal inwerkende, niet met elkaar verbonden factoren is in een complexe situatie te groot om met zekerheid voorspellingen te doen omtrent de afloop van bepaalde processen (*Clay*).

Voor het levend organisme komt daar nog een gegeven bij. De zich daarin afspelende processen vinden plaats in een structuur van met elkaar samenhangende en elkaar beïnvloedende onderdelen. Deze structuur – men spreekt van een systeem – grijpt regulerend in op deze processen. Zij werkt daarbij volgens het plan zichzelf in stand te houden en te beschermen. Het is deze planmatigheid of doelgerichtheid, die van grote invloed is op aard en richting van de optredende veranderingen. Zo wordt hetgeen dan plaatsvindt in het menselijk lichaam, niet alleen bepaald door wat eraan voorafging, maar ook door het plan of het doel van het systeem.

Het verder uitwerken van deze gedachte (*Sigling*) voor onderwijs en dagelijks medisch handelen zal kunnen bijdragen aan de hervorming van de (huisarts)geneeskunde.

Tenslotte over de relatie stof-energie het volgende. Het is merkwaardig hoe men in het Westerse denken eigenlijk al vanaf Plato het mysterie van de relatie tussen lichaam en geest uit de weg is gegaan door elk in een eigen zijncategorie te plaatsen en onderwerp te maken van een eigen, van de ander gescheiden wetenschapstraditie. In het Oosterse denken is die structuur vanouds aangeduid als „Maja” of Kosmische illusie, een noodlottige beperking van het menselijk denken (*Paramahansa Yogananda*). Beide Westerse wetenschapstradi-

ties hebben gepoogd het totaal van de werkelijkheid onder het eigen geldigheidsbereik te brengen. De natuurwetenschappelijk bepaalde geneeskundige traditie is daarin het verst gegaan door zelfs de psyche te zien als produkt van moleculaire processen. Het pleit voor de unieke grootheid van Einstein, dat hij, werkend vanuit deze traditie, de beperkingen daarvan heeft duidelijk gemaakt. Stof en energie, in wezen equivalent, twee verschijningsvormen waarin de werkelijkheid zich voordoet.

De consequenties voor de geneeskunde zijn nog nauwelijks te overzien. Als stof de vorm van energie kan aannemen en energie de vorm van stof, dan kan biologische stof – cellen en weefsels of de atomen waaruit zij zijn opgebouwd – zich manifesteren in psychische energie en psychische energie kan zich materialiseren. Dan heeft „die Heilung durch den Geist” ook binnen de natuurwetenschappelijke traditie recht van bestaan, en heeft de behandeling van pathologisch-anatomische veranderingen, zelfs van kanker, door psychotherapie (*Leshan*; *Simonton*) een wetenschappelijke basis.

### Conclusie

De werkelijkheid zoals deze zich aan ons voordoet, stelt geen eigen regels voor de wijze waarop zij het beste is te bestuderen en te beïnvloeden. De mens stelt deze regels op en gaat daarbij uit van bepaalde grondconcepten en vooronderstellingen. Ook de arts gaat bij onderzoek en behandeling van patiënten uit van elementaire opvattingen waarvan hij zich vaak niet of nauwelijks bewust is. Toch zijn het deze opvattingen die, zo niet uitsluitend, dan toch in belangrijke mate zijn gedrag bepalen. Verandering van dit gedrag is daarom mede afhankelijk van verandering van deze grondnoties. Een kritische beschouwing hiervan, zoals in het voorafgaande plaatsvond, is niet meer dan een eerste stap. Om te komen tot andere opvattingen over de mens, ziekte en de natuur binnen de gezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde is verdere gedachtenvorming hoogst noodzakelijk.

Bertalanffy, L. von. General system theory. *Braziller, New York*, 1968.

Broglie, L. de. Licht und Materie. *Fischer, Frankfurt/Hamburg*, 1958.

Buytendijk, F. J. J. Prolegomena van een anthropologische fysiologie. *Het Spectrum, Utrecht*, 1965.

Clay, J. Oorzakelijkheid, waarschijnlijkheid en doelmatigheid. (1951) *Tijdschrift voor Wijsbegeerte* 46, 57-74.

Coulter, H. L. Divided legacy - a history of the schism in medical thought. *Wehaken Book, Washington*, 1975.

Drogendijk, A. C. De evolutie van het begrip ziekte. Geneeskundige bladen. *Erven Bohn, Haarlem*, 1961.

Engelhardt jr., H. T. The concepts of health and disease. (1975) *Phil. Med.* 1.

Kuhn, T. S. De structuur van wetenschappelijke revoluties. *Boom, Meppel*, 1972.

Kuiper, J. P. Mensopvatting en gezondheidszorg. *Van Gorcum, Assen*, 1980.

Landman, M. Filosofische antropologie. *Het Spectrum, Utrecht*, 1971.

Ledermann, E. K. Philosophy and medicine. *Tavistock, London*, 1970.

Leshan, L. You can fight for your life. *Jove Publications, New York*, 1977.

McWhinney, I. R. Family medicine as a science. (1978) *J. Fam. Pract.* 7, 53-58.

Neergaard, K. von. Dynamische Reaktionspathologie. *Schwabe & Co, Basel*, 1946.

Paramahansa Yogananda. Autobiography of a yogi. *SRF Publications, Los Angeles*, 1977.

Portman, A. Zoologie und das neue Bild des Menschen. *Rowohlt, Hamburg*, 1975.

Rather, L. J. Zur Philosophie des Begriffes „Krankheit”. In: K. Rothsuh. Was ist Krankheit? *Hippokrates Verlag, Stuttgart*, 1975.

Riese, W. The conceptions of disease, its history, its versions and its nature. *Philosophical Library, New York*, 1953.

Sigling, H. O. Denken aan het doel. De teleologie in de geneeskunde. (1979) *Metamedica* 59, 250-257.

Simonton, O. C., S. Mattheus-Simonton and J. L. Creighton. Getting well again. *Bantam Books, Toronto etc.* 1980.

Miller, S., N. Remen, A. Barbour et al. De totale mens als middelpunt van de gezondheidszorg. *De Toorts, Haarlem*, 1976.

Teilhard de Chardin, P. Het verschijnsel mens. *Het Spectrum, Utrecht*, 1958.

Weizsäcker, V. von. Der kranke Mensch. Ein Einführung in de medizinische Anthropologie. *Koehler, Stuttgart*, 1951.

Wolffers, I. Het medisch jargon. (1981) *Med. Contact* 36, passim.

Yanowski, W. S. Medicine, science and life. *Paulist Press, New York*, 1978.

Zonn, U. Zum Menschenbild Viktor von Weizsäckers. *Jurist Druck, Zürich*, 1970.