

# Presbyteroogeen lijden\*

DOOR DR. P. O. VAN DER KLEI\*\*

De term „presbyteroogeen” lijden is ontstaan naar analogie van de eerder ingevoerde uitdrukking „iatroogeen” lijden. In laatstgenoemd geval gaat het om lijden dat wordt veroorzaakt door de „iatros”, de geneesheer. In het eerste geval is het lijden bedoeld dat wordt teweeggebracht door de „presbyteros”, de ouderling, de priester, de predikant, de pastor. Deze analogie in woordgebruik betekent dat in het onderstaande naast de pastor ook de arts regelmatig in beeld zal verschijnen.

Het thema van deze dag is „ongezien lijden”. Hiermede wordt bedoeld het lijden dat pastor en arts veroorzaken zonder het zich te realiseren; lijden dat zij niet zien, enerzijds omdat het juist wordt veroorzaakt vanuit de „blinde hoek” van hun beroep, anderzijds omdat zij van het lijdend voorwerp gewoonlijk geen „feedback” ontvangen, waardoor bij wijze van spreken de achteruitkijkspiegel van de zelfreflectie die gevaarlijke blinde hoek niet meer kan opheffen. Anders geformuleerd: waar heeft de bij pastor en arts optredende beroepsdeformatie het ontstaan van ongezien lijden tot gevolg?

*Het pijnlijke van het dualistisch denken.* Het ontwerp van een ordening waarin in de huidige tijd mens en wereld worden geplaatst, strookt niet meer met een opsplitsing van de mens in een ziel en een lichaam. De idee van dit dualisme, dat overeenkwam met een vroegere visie op de geschapen werkelijkheid, zal vermoedelijk door niemand meer expliciet worden verdedigd. Dit betekent echter niet dat dualistisch denken niet meer plaatsvindt.

Het was overigens wel een duidelijke tijd, toen het dualistisch denken in harmonie was met de totale wereld- en mensbeschouwing. Zo kon bijvoorbeeld de zieke gemakkelijk als het ware worden opgedeeld in verschillende arbeidsterreinen voor uiteenlopende professies: de arts zorgde voor het lichaam, de pastor voor de ziel. Een herinnering hieraan vindt men nog in sommige beroepsaanduidingen: in de Verenigde Staten bijvoorbeeld noemt de arts zich „physician”; pastores noemen zich nog vaak „zielzorgers”. De praktische consequenties

van het dualistisch denken zijn in elk geval nog onmiskenbaar aanwezig.

Wat doet een arts wanneer hij een diagnose stelt? Veronderstel dat hij zich ertoe zou beperken iemands bloeddruk te meten, zijn hartslag te beluisteren, een electrocardiogram en een electroencefalogram te maken, het bloed te onderzoeken, de urine te analyseren en röntgenfoto's te bestuderen. Indien hij meent hiermede een onderzoek te hebben gedaan naar wat deze mens mankeert, dan continueert hij het dualistisch denken. Hij is dan hoogstens bezig met de uit de beleving geïsoleerde fysieke conditie of effecten van hetgeen deze mens mankeert. Waaraan een patiënt lijdt kan men echter niet vaststellen wanneer men zijn fysieke conditie losmaakt van de wijze waarop hij deze beleeft, want juist in de beleving van wat hij is, ervaart de mens zijn lichamelijk-geestelijke eenheid.

Het is duidelijk dat een arts zich niet altijd kan laten leiden door de beleving van mensen; het is ook duidelijk dat een chirurg moeilijk het mes kan hanteren wanneer hij bij de operatie de kwaal niet tijdelijk zou mogen isoleren van de patiënt, in diens totaliteit als mens. Naarmate een arts de beleving van zijn patiënt niet tot zich wil toelaten, wordt de situatie echter hachelijker. Dan hoort men van sommige artsen kras klinkende uitspraken over hele categorieën patiënten. Over patiënten die na een oogoperatie vrij langdurig met twee „dichtgeplakte” ogen moesten liggen werd bijvoorbeeld gezegd: „och, die vervelen zich natuurlijk wel een beetje, maar ja...”; over patiënten met huidaan- doeningen: „die mensen hebben wat blaren op hun billen, dat is alles”; over patiënten die worden bestraald: „mijn patiënten zijn volkomen rustig, zij vinden het helemaal vanzelfsprekend”. Het moet een groot verdriet voor een patiënt zijn wanneer hij het gevoel krijgt dat zijn arts de betekenis van zijn ziekte niet inziet. Hij moet zich als mens dan zeker miskend voelen.

Voor de pastor komen de gevaren uit een andere hoek. Veronderstel dat hij in woord of gedrag laat merken dat hij eigenlijk niet is geïnteresseerd in hetgeen de patiënt fysiek mankeert en dat hij zich „onwennig” voelt wanneer in gesprekken met patiënten niet expliciet kan worden gesproken over zonde, Gods vergeving, geloof in God, leven

\* Voordracht, gehouden tijdens de Twaalfde Apeldoornse Artsendag, 18 september 1971.

\*\* Pastor voor klinische pastorale vorming, Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen.

na de dood (werkelijkheden die vroeger aan de ziel werden toegeschreven), dan wekt hij de verdenking dat hij meer behoeder van zielen dan pastor van mensen is. Ook de pastor moet veelal nog eraan wennen dat hij de mens als geheel dient te zien. Individueel pastoraat heeft slechts zin, indien de verkondiging van het evangelie wordt toegespitst naar deze mens toe. Daartoe moet de pastor deze mens kennen en zich niet uitsluitend bepalen tot hetgeen men als diens „zielstoestand” zou kunnen aanduiden.

Iedere pastor zal zich „opgelaten” voelen wanneer van hem wordt gezegd: „Hij leutert wat met je, gewoon gezellig”. In een over de radio uitgezonden gesprek met professor Van der Meer werd deze opmerking onlangs door een patiënt gemaakt. Wanneer echter anderzijds vele pastores erover klagen dat patiënten zo vaak wat met hen leuteren, over koetjes en kalfjes praten, dan lijkt het niet onmogelijk dat zij zo oordelen omdat zij een beroepsvisie hebben volgens welke de totale belewingswereld van de patiënt niet belangrijk is. Onlangs vertelde een ziekenhuispatiënt aan een pastor, dat zijn kinderen ervoor hadden gezorgd dat hij een televisietoestel op zijn kamer kreeg. Nu kon hij tenminste zijn eigen programma kiezen. De pastor had meteen kunnen denken: „Daar gaat weer een half uur van mijn kostbare tijd. Daar moet weer over Daktari en Peyton Place worden gepraat”. De pastor in kwestie vroeg zich echter af: „Waarom zou die man dat tegen mij zeggen? Wat zou het voor hem betekenen? Zou hij iets willen zeggen over de voor hem nare sfeer van het dagverblijf, waar hij nu niet meer naar toe hoeft om naar de televisie te kijken? Zegt hij iets over de herovering van een weldadig stukje privacy?” Toen de pastor met echte belangstelling nader erop inging kwam heel wat los. Het bleek spoedig, dat voor die man het vriendelijke gebaar van zijn kinderen naar voren was gehaald als contrast met hetgeen hijzelf in zijn jeugd van zijn ouders had ondervonden. Daarover wilde hij uiteindelijk praten want daar lag een stuk onverwerkte levensgeschiedenis. Naar die diepte verwees de „onbelangrijke” opmerking over het toestel dat zijn kinderen hadden gebracht. Een pastor, die vanuit een dualistische houding „gewoon menselijke dingen” onbelangrijk vindt, hoort onnoemelijk veel „over het oor” en hij krenkt de mensen met wie hij heeft te maken.

*Onrecht tegen de mens als uniek persoon.* Iedereen zal in theorie erkennen dat ieder mens uniek is. Het is immers evident dat iedereen vanuit een verschillende constellatie in deze wereld verschijnt; mede daardoor heeft iedereen een geheel eigen ge-

schiedenis en is iedereen volstrekt enig in de onherhaalbare wijze waarop hij de wereld, het leven en zichzelf beleeft. Ook hier geldt, dat ieder dat in theorie zal onderschrijven; niettemin wemelt het in de praktijk van vormen van optreden die daarmee in strijd zijn.

Een arts zal zijn beroep niet kunnen uitoefenen indien hem niet wordt toegestaan een aantal technische, dus herhaalbare handelingen bij zijn patiënten uit te voeren. Maar naarmate hij bij de behandeling van patiënten meer en meer uitsluitend dergelijke handelingen pleegt te verrichten, miskent hij de mens in zijn als mens uniek zijn en maakt hij hem tot object van handelen.

Men kan zich afvragen of een chirurg iemand gaat opereren wanneer bijvoorbeeld diens maag ervan zal opknappen of wanneer hij als mens beter ervan zal worden, anders gezegd wanneer het chirurgische team en de verpleegsters van de operatiekamer ervoor klaar zijn of wanneer de patiënt ervoor klaar is. Wordt iemand uit het ziekenhuis ontslagen wanneer zijn wonden zijn genezen en de symptomen voldoende zijn verdwenen of wanneer hij als mens gereed is weer naar huis te gaan. De volgende twee voorbeelden dienen ter toelichting van deze vraagstelling.

Een weduwe is neerslachtig, ofschoon de schildklieroperatie goed is gelukt en zij overmorgen naar huis mag. Zij heeft namelijk de dood van haar man in het geheel nog niet verwerkt. Omdat zij voorlopig nog veel zal moeten rusten betekent ontslag nu voor haar alleen maar de terugkeer naar een niet te ontvluchten hol huis vol nare herinneringen.

Een man is na acht jaar sukkelen afgeholpen van een lastige kwaal. Waarom is hij niet zonder meer in de wolken? Omdat de kwaal weliswaar een nare handicap was maar deze hem toch ook van vele zware verantwoordelijkheden bevrijdde. Nu ziet hij met schrik een veelvoudige taak op zich afkomen. Er zou nog een paar dagen intensief met hem moeten worden gesproken. Maar neen, hij moet gaan. Gelijkschakeling van mensen . . .

Wat de pastor betreft dient men zich af te vragen hoe vaak hij zich eveneens te exclusief verlaat op technische, herhaalbare handelingen, waardoor vele mensen met wie hij heeft te doen worden gelijkgeschakeld. Ten tijde van het dualistisch denken zag de „zielzorger” de ziel als zijn werkterrein. De ziel werd filosofisch aangeduid als het principe van „individuatie”, het principe dus waarmee de „uniciteit” van de mens is gegeven. Niettemin bestond juist in die tijd de taak van althans de rooms-katholieke zielzorger voornamelijk uit de bediening van de sacramenten. In diezelfde tijd was deze bediening tot in het kleinste gebaar en tot in het kortste woord uniform voorgeschreven. Ook

voor de pastor geldt dat hij, om zijn werk te kunnen doen, in bepaalde omstandigheden gebruik mag en zelfs moet maken van uniforme handelingen en woorden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer het gebruik van de zintuiglijke vermogens bij een uitgeputte patiënt in ernstige mate is gereduceerd. Dan bevorderen dergelijke handelingen en woorden de herkenbaarheid. Wanneer een pastor echter uitsluitend gebruik maakt van zijn technische, herhaalbare handelingen en woorden, ontkent hij daardoor de uniciteit van de gemeenschap en die van het individu voor wie hij werkt.

De vraag rijst hoe een dergelijke kerkelijke gelijkschakeling van unieke mensen kan worden verklaard. Een en ander is immers tegenstrijdig met de op het dualistisch denken gebaseerde overaccentuering van de ziel. Het hierboven gebruikte woord „uniform” geeft wellicht de richting aan waarin wij dienen te zoeken. Karel de Groote voerde het Latijn als officiële taal in om zijn gevarieerde rijk hanteerbaar te maken. Soekarno liet de Bahasa Indonesia invoeren om Sumatranen, Javanen, Keisen, Balinezen en Florinezen als één volk te kunnen besturen. Uniformiteit is een werktuig van gecentraliseerd gezag. De rooms-katholieke kerk was in de blijkbaar nog lang niet tot voltooid verleden geworden tijd gekenmerkt door een uitermate centralistische gezagsstructuur, een autoritaire gezagsuitoefening en als gevolg daarvan door uniformiteit. Men kan zich nu eerlijk bezorgd tonen wanneer „Rome” geneigd schijnt dit vóór-vatikaanse gezagsbegrip te handhaven, maar men handelt in de zin van dat voorbije of voorbijgaande gezagsbegrip, wanneer men ook in de individuele pastorale zorg zijn toevlucht neemt tot altijd dezelfde formules en handelingen.

De kerken uit de Reformatie hebben principieel nooit een dergelijke uitgesproken autoritaire gezagsstructuur bezeten. Toch krijgt men de indruk, dat ook daar het individuele pastoraat bijvoorbeeld ten behoeve van patiënten zich dikwijls in hoge mate beperkt tot de voortzetting van de zondagse prediking: verkondiging à priori, zij het op iets zachtere toon. Men richt zich daarbij dan tot een mens van wie men zich niet afvraagt wie hij eigenlijk is en in welke situatie hij verkeert.

Ook in het pastorale gesprek worden mensen gemakkelijk gelijkgeschakeld. Dit geschiedt bijvoorbeeld telkens wanneer een pastor generaliseert. Uit tijdnood en omdat het vermoeiend is zich in elk individueel geval te verdiepen, voorts ook om het veilige gevoel te hebben dat wij de zaak onder controle houden, zijn wij vaak sterk geneigd te spreken in de trant van: „Aha, ik begrijp de moeilijkheid al”, „Oh, een dergelijke situatie heb ik al zo vaak

meegemaakt, weet u”, „U moest eens wat meer om u heen kijken, dan zou u zien hoeveel mensen dezelfde moeilijkheden hebben als u”, en „Ik weet wat u doormaakt, ik heb zelf ook eens zoiets gehad”. Door op deze wijze te generaliseren bewerkt men dat de gesprekspartner zich in zijn „eigenheid” onbegrepen en miskend gaat voelen en dus wordt geïsoleerd. Het bevrijdende van echte communicatie kan dan niet worden ervaren, integendeel deze gelijkschakeling van mensen veroorzaakt „ongezien lijden”.

*Het Überich van de pastor als leedverwekker.*  
Het zogenaamde Überich ontstaat uit de irrationeel geïntegreerde geboden en verboden welke de ouders aan het kind hebben gegeven. Het is een onwrikbare, dogmatische, fundamentalistische en autoritaire instantie in de mens waardoor een fundamentele onzekerheid moet worden gedekt. Zonder Überich zou de mens niet kunnen leven, maar deze „tiran” belet hem in sommige momenten te luisteren naar diepe, eerlijke verlangens in zichzelf en verhindert hem evenzeer de oprechte behoeften van een ander te verstaan.

Voortkomend uit een autoritaire tijd hebben vele pastores (om over artsen nu maar te zwijgen) iets van een dogmatische instelling behouden. Deze wordt niet alleen kenbaar wanneer zij „dogma's” verkondigen, maar komt overal om de hoek kijken waar een pastor pretendeert te weten waarvan een ander overtuigd behoort te zijn en hoe hij behoort te denken en te voelen. Wat is bijvoorbeeld onze houding aan een sterfbed? Wat zeggen wij aan een stervende? Mag hij van ons twifelen aan wat hierna komt? Wat zeggen wij aan de nabestaanden wanneer iemand is gestorven? Mogen zij van ons zo wanhopig zijn dat wij hun toestaan te spelen met gedachten aan suicide? Wat doen wij met patiënten die negatieve gevoelens uiten over zichzelf en hun situatie en die bijvoorbeeld zeggen: „Ik ben doodsbenauwd voor de narcose”; „Ik kom vast niet goed door die operatie heen”; „Ze zeggen je nooit eerlijk waar het op staat”; „Met zo'n misvormd gezicht zal mijn man me nooit meer willen”. Mogen zij dat van ons zeggen? Of antwoorden wij dat tegenwoordig die narcose niets meer heeft te betekenen, dat die operatie tegenwoordig altijd slaagt, dat hun omgeving natuurlijk wel eerlijk is ten aanzien van hun toestand maar dat zij misschien niet duidelijk genoeg ernaar hebben gevraagd en dat haar man haar uiteraard na de verminking van haar gezicht evenzeer zal liefhebben als daarvoor.

De dogmatische houding („U moet dat heel anders zien”; „U moet dat zo niet voelen”), die voortkomt uit onzekerheid en uit de behoefte tot zelf-

bescherming, vormt een ernstige belemmering tot echt luisteren. Wat dat betreft kunnen wij veel leren van de „cliënt centered therapy” van Rogers. Deze tracht in zijn therapeutische gesprekken geheel uit te gaan van het denkkader en het emotionele kader van de cliënt. Rogers wil niets in het gesprek brengen vanuit zichzelf. Hij beperkt zich tot het opnieuw formuleren van gedachten en gevoelens welke de cliënt heeft geuit. Clinebell, die een boek schreef over pastorale „counseling”\* wil zich in geen geval beperken tot de stijl van Rogers. Maar wel schrijft hij: „De counseling-methode van Rogers was (en is) bijzonder nodig voor pastores om ons waakzaam te maken ten aanzien van twee

beroepsrisico's, namelijk dat wij zo gemakkelijk woorden klaarhebben, en zo licht god spelen in het leven van de mensen”.

Tenslotte, degene die het voorafgaande met kritische aandacht heeft gelezen zal kunnen vaststellen, dat ook bij schrijver dezes iets van een dualistische mensbeschouwing is blijven hangen, waardoor niet altijd de uniciteit van ieder mens daadwerkelijk werd erkend en hij vanuit zijn Überich soms meende te weten wat een ander moet denken en voelen.

\* Basic Types of Pastoral Counseling, Abingdon Press, Nashville/New York.

## Medische faculteit Rotterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde

In het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut zijn gevestigd de afdeling Huisartsgeneeskunde en de huisartsengroepspraktijk van de medische faculteit van de Universiteit Rotterdam. Doordat beide afdelingen in hetzelfde pand zijn gevestigd is het mogelijk, ten behoeve van het onderwijs aan medische studenten, intensief gebruik te maken van gegevens, afkomstig uit de huisartspraktijk.

Zo worden bijvoorbeeld via een gesloten t.v.-circuit situaties uit de dagelijkse praktijk aan de studenten voorgelegd. De studenten worden hierdoor in staat gesteld zich te bekwamen in het oplossen van praktijkproblemen, waarmee zij, nadat zij zijn afgestudeerd, veelvuldig zullen worden geconfronteerd.

Het onderwijsprogramma bestaat uit twee gedeelten:

1. Onderwijs gedurende de algemene opleiding tot arts;
2. onderwijs, specifiek gericht op de opleiding tot huisarts.

Ad 1. *Onderwijs gedurende de algemene opleiding tot arts.* In het kader van de algemene opleiding tot arts — ongeacht de daarop volgende specialisatie — staan onder andere de volgende doelen voor ogen:

Toepassen van kennis en vaardigheden betreffende basisvakken in de praktische geneeskunde;

Ontwikkeling van een attitude, gericht op toepassing van kennis en vaardigheden in de patiëntenzorg;

Kennismaken met de plaats en werkwijze van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg;

Het aanbrengen van een beroepsbeeld van de huisarts.

*Toepassen van kennis en vaardigheden betreffende basisvakken in de praktische geneeskunde.* De eerste jaren van de studie worden voornamelijk besteed aan het bestuderen van basisvakken, zoals biochemie, anatomie, fysiologie, psychologie enzovoort. Het doel wat de docent en daardoor ook de student hierbij voor ogen staat, is kennis overdracht over het desbetreffende vak en niet toepassen van deze kennis in de patiëntenzorg. De aandacht van de student wordt hierbij ver van zijn doel — het functioneren als arts — afgeleid. Zo ver dat vele studenten slechts met tegenzin dit deel van de studie ondergaan. Het is bekend, dat wanneer kennis met tegenzin wordt vergaard, deze kennis spoedig weer voor het grootste deel wordt vergeten. Wanneer de te bestuderen stof is gericht op de belangstelling van de student, heeft de inspanning van de docent een aanzienlijk groter rendement. Wanneer de student reeds vanaf de eerste studie jaren wordt betrokken bij de praktische geneeskunde, onder andere de huisartsgeneeskunde, zal de motivatie tot het bestuderen van de basisvakken eveneens aanzienlijk toenemen.

*Ontwikkeling van een attitude, gericht op toepassing van kennis en vaardigheden in de patiëntenzorg.* In het voorgaande werd gesteld dat opgedane kennis en vaardigheden reeds direct in relatie moeten worden gebracht met praktische toepassing ervan. Doch ook de attitude van de student moet hierop worden gericht. Wanneer de student als arts is afgestudeerd wordt van hem verwacht, dat hij een goede schakel vormt in het