

Humanistische geneeskunde gezien door een gestaltbril

B. J. HUYGEN, HUISARTS TE EINDHOVEN

Humanistische geneeskunde is ontstaan als reactie op de vertech-nocratisering van de geneeskunde. Deze vertech-nocratisering heeft een stoornis veroorzaakt in de communicatie tussen mensen, met name tussen patiënt en arts. Door de zegeningen en de enorme vlucht van technische, biochemische, symptomatische, farmaceutische en andere specialiseringen, is een aantal aspecten van de mens niet in die groei betrokken, zijn die aspecten scheef gegroeid of op de achtergrond geraakt.

1 Het accent van genezen is voor een deel komen te liggen op een soort reparatietechniek van een mechanisme, dat wij dan lichaam noemen.

2 Het verwachtingspatroon dat cliënt en arts van elkaar hebben is (daardoor) eveneens misvormd in een te kort schietend rollenspel, omdat daarin deraillementen voorkomen.

3 Sociologie, psychologie, antropologie en andere gedragswetenschappen en hun vlucht, zijn niet ingepast in de ontwikkeling van de geneeskunde. Zij worden soms officieel gewaard door verzekeringssystemen!

4 Het stuk zelfwerkzaamheid in de cliënt is grotendeels braak blijven liggen.

5 De algemene opvatting dat ziekte en pijn geen positieve functie hebben, heeft de visie van cliënt en hulpverlener uiterst eenzijdig gemaakt.

6 Symptomen worden meestal gerelateerd aan medische modellen, maar hebben daarmee lang niet altijd te maken. Veeleer zijn het uitingen, boodschappen, van een menselijke ontreddering, een psychologische impasse, een crisis of blokkade in de verdere groei en rijping van de mens van de ene levensfase naar de andere, welke fasen vaak dienen als herwaardering van levensdoelen. Indien de hulpverlener dit niet in zijn benadering van de patiënt betreft, ontstaan er tussen beiden doolhoven waar zij niet uitkomen. De hieruit voortvloeiende financiële consequenties zijn dan ook bijna catastrofaal te noemen (elders door mij macabere welvaartsrondedans genoemd).

Welke aanvullingen en veranderingen zijn nodig de hedendaagse geneeskunde om te zetten in humanistische geneeskunde?

I In principe: het betrekken van, waar nodig, alle aspecten van de mens als totaliteit in de geneeskunst. Dit zijn: lichaam, geest, emoties, gevoelens, verbeelding, creativiteit, zinnen, drangen en waarden, keuzemogelijkheden, wil, besluitmogelijkheden, zelfbesef, veranderingsmogelijkheden, identiteitsbehoeften, kunde en kennis, groei en rijping. Dit alles in en met zijn omgeving.

II Dit vereist van de hulpverlener en/of zijn team en samenwerkingsverbanden een aanvullende selectie, kennisneming en verwerven van nieuwe opvattingen en technieken van andere gedragswetenschappen. Hierdoor kan hijzelf en/of zijn team groeien in de benadering van zichzelf en daarmee van anderen, in casu de cliënt. Immers, indien de hulpverlener geen inzicht en ook besef heeft van zijn eigen blokkades, angsten, vooroordelen, patronen, ingeslopen gewoonten en reacties, frustraties, remmingen, blinde vlekken, benauwdheden, conflicten, rollenspel en dergelijke, kan hij anderen niet helpen. Want veelal zijn deze factoren bronnen van ziekte bij de cliënt.

Stagnaties veroorzakende conflicten in de mens dienen zich vaak aan als klachten, symptomen, ziekte, pijn of anderszins. Veelal dragen deze verschijnselen een waarschuwend karakter, meestal waar men iets onnatuurlijks doet of geblokkeerd raakt in zijn zelfverwerkelijking (bijvoorbeeld door het minder, meer of anders willen zijn dan men is).

Hoofddoel van het leven is zo eerlijk, open, volledig en volwaardig mogelijk zichzelf te realiseren. Elke blokkerende hindernis hierin verstoort de groei en rijping van de mens zelf. Het leren zien van ziekte als uiting van het geblokkeerd zijn in menselijk functioneren vereist gewoonlijk een training. De genezing zal in vele gevallen kunnen worden beleefd als een deblokkeringsproces, inclusief het in revisie nemen van gewoonten, prioriteitskeuzen, levenswaarden en doelen. Verdere groei en rijping van de mens kan dan weer plaatsvinden.

III Naast het leren hanteren van het ziektemodel als groeimodel, speelt de open en eerlijke benadering van zichzelf en de ander een integrale rol. De cliënt-arts ontmoeting kan daarmee een relatie worden van mens tot mens in plaats van een rollenspel met verwachtingspatronen, verantwoordelijkheidsverwarringen en/of vooroordelen. Hierop ga ik nu wat verder in.

Rollenspel in huidige geneeskunde

Het rollenspel in de huidige geneeskunde valt grof geschetst in twee delen uiteen:

1 De rol van de cliënt.

Ik heb pijn, ben ziek, dysfunctioneer, heb een klacht, een moeilijkheid. Jij, hulpverlener, moet dat voor mij maar in orde maken, met jouw machtige kennis, pillen, technieken, apparatuur, onderzoek, adviezen. Ik blijf passief, ik verstrek jou alleen mijn klachten en lichaam; jij moet maar actief zijn en alles aan mij doen en zeggen hoe ik die farmaca, adviezen, die jij mij geeft, moet nemen om beter te worden.

2 Rol van de hulpverlener.

Ik accepteer jouw passiviteit en ik zal wel een diagnose voor jou maken, de therapie voorschrijven en zeggen wat jij moet doen om (weer) beter te worden. Ik zal de machtige, grote genezer zijn. Dit komt neer op: Het „Ik weet en kan meer/minder dan jij” spel. Het „Ik ben machteloos/machtig” spel. Ontegenzeggelijk werkt dit spel (elders contract genoemd) voor een groot aantal patiënten (nog) goed, maar het schiet te kort voor een steeds toenemende groep. Het gebrek aan bevrediging dat hiermee gepaard gaat neemt dan ook evenredig toe, voor cliënt en hulpverlener. Bovendien versterkt de natuurwetenschappelijke eenzijdigheid in de geneeskunde deze rolopvatting van arts en patiënt. De nadelen hiervan zijn verrekend, in de eerste plaats voor de cliënt, maar ook voor de hulpverlener. Neem bijvoorbeeld verwijzingen, deze zijn belastend in tijd en geld, grote delen van een kostbaar leven gaan verloren in bezwarende onderzoeken en opnamen. Het resultaat mondt

vaak uit in: „Wij kunnen niets vinden, er is bij u niets aan de hand”. Met deze leugen (er is wel wat aan de hand, maar „jij” past niet in „mijn” ziektemodel) is er niets opgelost. Hulpverlener en cliënt gaan naar symptomatische behandeling, in de vorm van al of niet blijvende grepen naar farmaca (die ik bij voorkeur giften noem). Nauw verbonden met deze roloppvattingen en daaruit gedeeltelijk voortvloeiend zijn de verwachtingspatronen en verantwoordelijkheidsverwarringen. Verantwoordelijkheid betekent in dit verband het zich steeds opnieuw rekenschap geven van de mens voor en aan zichzelf en zijn creaties. Dit is „response-ability” op steeds wisselende indrukken, gevoelens, situaties, emoties, zinnen, drangen enzovoort. In principe geldt voor de medicus dat hij niet verantwoordelijk is voor de cliënt (in bloedige vakken gedeeltelijk uitgezonderd) noch voor zijn ziekte, symptoom of genezing daarvan. Wel is hij verantwoordelijk voor zijn benadering van de cliënt, in anamnese, onderzoek, adviezen, voorschriften en begeleiding, kortom voor zijn eigen handelingen. De cliënt draagt zijn eigen verantwoordelijkheid voor zijn leven en creaties, inclusief grotendeels voor zijn ziekte, symptomen, dysfunctioneren en dergelijke, evenals voor het toepassen (of laten toepassen) van de adviezen en voorschriften van de hulpverlener. Het grote struikelblok ligt in het feit dat de medicus vaak uitleg geeft voor (en niet op!) andermans handelwijze en gevoelens. Dit geschiedt meestal conform het verwachtingspatroon dat hulpverlener en cliënt van elkaar hebben, wat het contact van mens tot mens kan draineren tot een „Pas jij al of niet in mijn verwachtingspatroon”-spelletje. Herziening van het rollenspel tot een volwaardig contact tussen mens en mens impliceert dat de cliënt ook zijn eigen verantwoordelijkheid gewaar wordt en leert dragen. Een goede voorlichting kan hier verhelderend werken.

IV Daarnaast geldt ook voor de cliënt dat deze zijn klachten, symptomen en ziekten leert zien als een waarschuwing van zijn natuur; een signaal dat er ergens in of met hem iets is ontregeld in zijn functioneren. De boodschap van dit signaal zal door cliënt en medicus moeten worden geanalyseerd. Beiden zullen, indien medische pathologie is uitgesloten, hun neigingen om dan maar in blinde verwachting naar farmaca te grijpen, dienen te veranderen in het opsporen van de blokkades, remmingen, gewoonten, voelingsverlies, verborgen angsten, frustraties, schuldgevoelens en zo meer, die de bron kunnen vormen van het dysfunctioneren. Dit vereist een concentratie op pijn, ver-

driet, gekwetst zijn, schaamte en alle andere gevoelens, wat pijnlijk is voor de cliënt en moeizaam voor de therapeut. Centraal staat: het zich leren richten op, het stilstaan bij en het accepteren van deze als negatief ervaren gevoelens met het doel de betekenis hiervan te achterhalen om vervolgens de cliënt die stappen te laten ondernemen, die tot verandering (genezing) kunnen leiden.

In dit gehele proces is het essentieel waar en hoe de cliënt zichzelf blokkeert (of heeft leren blokkeren). Deze blokkade kan vele aspecten van de mens betreffen en komt het meest naar voren in zijn vermijdingspatronen, dat wil zeggen in de wijze waarop bepaalde gevoelens worden vreemd, onteigend, verdedigd of omzeild, hetgeen veelal tot een gewoonte is geworden. Hierdoor is gewaarwording van en voeling met deze vermeden gevoelens verloren gegaan.

V Het voornoemde hangt nauw samen met: het opsporen, samen met de cliënt, waar deze incompleet is in zijn zelfverwerkelijking. Het chronisch inhouden van de mens wordt hem al vroeg geleerd. Wisselend van niet boos mogen worden, niet huilen, niet eigen zin doen, eerst rekening houden met anderen, flink zijn, lief zijn, tot: woedend zijn is slecht, haten is slecht. De mens moest in zijn jeugd steeds aan verwachtingspatronen van anderen (ouders, opvoeders, leraren) voldoen om te verwerven wat toen noodzakelijk was voor zijn voeding en groei, zoals aandacht, genegenheid, waardering, warmte en acceptatie. Door het aanleren van die vaste patronen heeft de mens geleerd bepaalde eigenschappen van zichzelf te vervreemden of/ en zich daarvoor ongevoelig te maken (bijvoorbeeld boosheid, haat, huilen, angst). De mens neemt deze patronen mee in zijn verdere leven, waar zij aanleiding kunnen zijn tot groei- en rijpingsstoornissen en daarmee tot klachten en symptomen.

VI Activering van de cliënt door het leren contact maken met en het mobiliseren van (genezings)krachten in hemzelf, met andere woorden zijn zelfwerkzaamheid in te brengen in het geheel, hierbij gebruikmakend van onder andere: zijn eigenwaarde, zijn moed om iets anders te beginnen, zijn wil om nieuwe vaardigheden te leren, zijn identiteitsbehoefte en zijn besluitkracht. Dit zijn de natuurlijke bronnen welke men elders noemt: zijn „innerlijke dokter”.

Werkwijze

Hoe werkt men nu in de humanistische geneeskunde? De benadering van de cliënt als geheel, met zijn lichaam, geest, emoties, sociale context gevoelens en

biografie kan door één hulpverlener geschieden of door een team van daartoe getrainden, bijvoorbeeld huisarts, specialist, verpleegkundige, fysiotherapeut, psycholoog, gestalttherapeut, sociaal verpleegkundige en bedrijfsarts. Een essentiële voorwaarde voor deze hulpverlening is dat de therapeut zo eerlijk en open mogelijk cliënt en collegae tegemoet treedt, daarbij openstaand voor evaluatie en kritiek van wie dan ook.

Behandeling van verscheidene cliënten in groepsverband biedt hem de gelegenheid zich te spiegelen aan elkaar en opent de mogelijkheid op te treden als hulpverlener aan groepsgenoten.

Alle relevante methodieken worden toegepast: psychosynthese, confluent education, encounter, gestalttherapie, bioenergetica, biofeedback, vormen tot nu toe de hoofdmoot. Men is nog in een experimenteel stadium, maar voor mijn gevoel ligt hier de toekomst van een bevredigende hulpverlening voor cliënt en medicus.

Samenvatting. Blokkaden, vervreemdingen, vermijdingspatronen en gewoonten, die een volwaardige zelfverwerkelijking van de cliënt in de weg staan, kunnen tot diverse symptomen leiden, die niet direct in het medisch denkmodel zijn te passen. Het gewaar maken van deze „groeiremers” – inclusief mobilisatie van zelfwerkzaamheid en verantwoordelijkheden in de cliënt – vereisen een meer humanistische scholing van de medicus.

Summary. Humanistic medicine viewed in gestalt terms. Blocks, alienation, avoidance patterns and habits which preclude the client's full self-realization can give rise to various symptoms which cannot be readily fitted to the medical thought model. In order to make a client aware of these „growth inhibitors” and mobilize the client's own activity and responsibilities, a physician requires a more humanistically oriented training.

Bakker, F. R. (1976) huisarts en wetenschap 19, 368-373.

Cirinci, G. Psychosynthesis, a way to inner freedom. International Psychosynthesis Conference London, 1964.

Miller, S. en anderen. Dimensions of humanistic medicine. The Institute for the Study of Humanistic Medicine San Francisco, 1975.

Reitsma, F. E. (1976) Medisch Contact 31, 1445-1449.

Remen, N. en anderen. The masculine principle, the feminine principle and humanistic medicine. Institute for the Study of Humanistic Medicine San Francisco, 1975.

Samuels, M. The well body book. Random House Bookworks, New York, 1973.