

Samenwerking huisarts en pastor; mogelijkheden en moeilijkheden*

DOOR DR. H. FABER**

Wanneer ik het goed zie, leven arts en predikant in de meeste opzichten in gescheiden werelden, maar raken zij bij hun werk elkaars wereld telkens, zonder dat er van dieper contact sprake is. Wij weten allemaal dat wij grote praktijken en drukke spreekuren hebben, dat wij elkaar te weinig tegenkomen en dus meestal niet eens van gezicht kennen. Zelfs op dorpen, waar men nog iets van mogelijkheden van intenser contact zou vermoeden, komen werkelijke ontmoetingen en wat dieper gaande gesprekken van de huisarts met een pastoor of dominee zelden voor. Toch weten wij, bewust of onbewust, geregeld van elkaar: de arts heeft nog wel zoveel van de zielszorger in zich, dat hij zich interesseert voor de vraag of de zieke gelovig en kerkelijk is en of hij een positief contact met zijn geestelijke heeft; de predikant beseft duidelijk dat lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en geloofsleven elkaar te diep beïnvloedende grootheden zijn, dan dat hij aan het ziekbed geen oor zou hebben voor de relatie van de zieke tot zijn dokter en voor datgene, wat deze van de patiënt vindt. Ja, wij letten onbewust zoveel op elkaar en verwachten ook onbewust vaak zoveel van elkaar, dat wij, zonder dat wij het vaak merken, snel met allerlei agressie gevuld worden jegens die onbekende ander, die telkens op gevoelige wijze aan ons met zo veel zorg opgebouwde en uitgeoefende werk aan het ziekbed raakt. Het woord „team-work” is een van de modewoorden van onze tijd geworden. Hoewel er in de praktijk lang niet altijd van „team-work” of van „teamspirit” sprake is, kunnen wij er, geloof ik, niet omheen dat wij spreken van een „team”, dat zijn zorgen aan de zieke wijdt. Het woord „team” betekent voor mij in dit verband, dat wij als arts en pastor ieder onze eigen rol spelen, maar hierbij niet vergeten dat het spel, dat wij spelen, in wezen een samenspel is, waarbij de een op de ander moet letten wil hij met zijn spel het gewenste doel bereiken. Het betekent dus dat wij de ander niet alleen als iets onvermijdelijks tolereren, maar hem aanvaarden als een noodzakelijk medespeler in het spel, dat hier moet worden gespeeld.

En hier komen de vragen op, welke wij elkaar eerst moeten stellen. Kunnen wij dit, willen wij dit, ja, geloven wij in het werk dat de ander doet, kunnen wij daar achter staan? Gelooft de arts in het werk van de pastor, van de protestantse predikant of van de r.k. geestelijke? Ik bedoel niet, dat hij

het eens is met wat wij zeggen of doen, dat de medicus dus de geloofsovertuiging van de pastor delen moet. Er zijn talloze voorbeelden van vrijzinnige artsen, die het in zwaar orthodox-protestantse streken uitnemend doen, of van protestantse artsen, die zonder veel moeilijkheden katholieken onder hun patiënten hebben. Het gaat hierom, of hij het pastorale werk in het leven van zijn patiënten zinvol vindt, dat hij iets kent van die anthropologische onrust, welke door onze moderne wereld en ook door de medische van het moment vaart en welke ons bewust maakt, dat een mens meer is dan een complex van chemische of biologische processen, hoewel hij dat natuurlijk ook is, maar dat hij een „ik” is met relaties tot zich zelf, tot zijn medemensen en tot zijn God, dat hij als mens tobt met de problemen van liefde, schuld en dood. Moderne mensen kunnen vaak slecht in het werk van de pastor geloven omdat zij zich — zoals een leraar van een Middelbare School mij eens vertelde — ternauwernood een voorstelling kunnen maken van dit werk, en dan, voorzover zij er iets van merken, een man aan het werk zien, die vaak bekrompen fatsoensnormen probeert te handhaven of op ongelegen momenten somber over de dood meent te moeten praten. De beeldvorming in onze wereld ten aanzien van de pastor is wel eens wat eenzijdig en ik ben reëel genoeg om te erkennen, dat deze in dit opzicht zelf niet zonder schuld is. Maar laten wij hier niet te lang bij stilstaan; de beeldvorming ten aanzien van de medicus is ook niet van humor ontbloot.

Laten wij het eenvoudig zo stellen, dat de pastor degene is, die naast de mens probeert te staan in zijn problemen van liefde, dood en schuld. Hij heeft op deze terreinen een meer of minder duidelijk, een meer of minder dogmatisch, een meer of minder sterk geloof: kortom hij is altijd een kwetsbaar mens. Maar hij doet zijn best en net als met die pianist in de „saloon-bar” in de Middle-West: „U wordt gezocht niet op hem te schieten”.

Wij moeten ook de andere vraag stellen: geloven pastores in het werk van de medicus? Ik zou hierop antwoorden: ja, maar niet zonder reserves en vaak maar half. Wij allen gaan naar de dokter wanneer wij klachten hebben, maar ik maakte onlangs nog een patiënt van een psycho-therapeut mede, tegen wie de dominee had gezegd dat hij niet voelde voor het uitrafelen van je innerlijk leven en hem daarom eigenlijk impliciet afried om met de behandeling door te gaan. Het is de weerstand tegen de psychotherapie, die zich hier openbaart en die bij het doorwerken van de psychologische gezichtspunten in het werk van de huisarts ook ten aanzien van deze

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Toepassing van de medische psychologie door de huisarts, maart 1963.

** Lector in de pastorale psychologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

voelbaar zal worden. Maar deze weerstand wordt hier bij wijze van spreken versterkt door het feit, dat de pastor bij de medicus iets van concurrentie, van gesaeculariseerde en dus ontluisterende zielszorg voelt, dat hem wel ja doet zeggen tot het medische werk, maar niet van harte. De zelfde argwaan, die deze ten opzichte van de pastor voelt, kent de pastor tegenover de arts: hij is een beetje argwanend, hij staat niet van ganser harte achter de medicus of achter iedere medicus.

Ik acht het niet onmogelijk dat ik hier overdrijf. Het is moeilijk een duidelijke en adaequate tekening van de situatie te geven. Ik meen echter, dat het verstandig is ons niet aan illusies over te geven en vooral op de — vaak onbewuste — factoren te letten, die mede de relatie bepalen.

Nu is het, geloof ik, zo, dat zich langzamerhand tegen deze achtergrond een ontwikkeling begint af te tekenen, welke voor de toekomst iets goeds doet verwachten. Van beide zijden zien wij pogingen ondernomen om de isolatie te doorbreken, contacten te leggen en gesprekken te organiseren. Vergaderingen van predikanten en artsen zijn geen uitzonderingen meer, bureaus, waar artsen en pastores samen aan verbonden zijn, bestaan er reeds in een vrij groot aantal, wetenschappelijk werk van medische kant, waarbij men ook op het pastorale gezichtspunt prijs stelt, is er hier en daar ook al en theologen, die voor de verbetering van hun werk om voorlichting bij psychotherapeuten komen, ken ik verschillende. En af en toe zijn er ook cursussen waar theologen aan artsen voorlichting geven. Dit is echter pas een begin. Wij mogen — daar ben ik van overtuigd — pas tevreden zijn, wanneer wij via onze contacten daarheen doorstoten, dat wij bij het ziekbed van onze patiënten niet alleen van elkaars aanwezigheid, zichtbaar of onzichtbaar, weten, maar elkaar zien en aanvaarden als samenspelers in het heilige spel, dat daar door ons wordt gespeeld.

Eerst enkele woorden over de vraag, wat dit inhoudt. Ik geloof: drie dingen. Eerst een goede menselijke relatie, dan een goed inzicht in de eigen rol in het team en tenslotte in de rol van de ander.

Voor een „team” is vooreerst een goede menselijke relatie nodig. Ben ik ver mis wanneer ik stel, dat dit voor academisch gevormde mensen niet het gemakkelijkste aspect aan het geheel is? Er zijn weinig mensen, die een meer individualistische vorming hebben gehad dan academici. Zij zijn deskundig en zij zijn verantwoordelijk. Met anderen overleggen lijkt vaak overbodig en een teken van zwakheid. Ons academische klimaat is vaak nog volop 19de eeuws. Toch eisen de kerk, het ziekenhuis, de school hoe langer hoe meer van ons dat wij in „team”-verband kunnen werken en denken, dat wij wat minder individualistisch, wat minder met lange tenen en ook vaak wat minder argwanend en zelfs afgunstig met onze medewerkers omgaan. Noch de arts noch de pastor behoeft bang te zijn dat hierbij op de een of andere manier aan zijn gezag of aan zijn bijdrage zal worden getornd, integendeel, bij

een goede menselijke relatie wijst het „team” zelf de plaats aan, waar het gezag op een gegeven ogenblik berust en dan is het ook niet moeilijk zich naar de eisen van het moment te schikken.

Zulk een goede menselijke relatie komt natuurlijk niet vanzelf. Wanneer het tussen mensen, die elkaar geregeld zien en geregeld met elkaar moeten overleggen, al moeilijk is, hoe veel te meer dan tussen mensen, die meestal weinig aanrakingspunten met elkaar hebben. Ik ben overtuigd, dat wij al veel zouden winnen wanneer wij eens tijd vonden voor een praatje, wanneer wij elkaar tegenkomen, voor een kopje koffie, wanneer daar tijd voor is of voor een beetje persoonlijke belangstelling voor elkaars wel en wee. Het gebrek aan contact is een van de grootste hinderpalen voor een goed werkend „team”.

Een tweede aspect is een goed inzicht in de eigen rol. Juist voor de huisarts is dit, meen ik, niet zo eenvoudig als het lijkt. De sterk somatisch gekleurde opleiding aan onze universiteiten suggereert een rol, welke in de praktijk niet altijd klopt met de werkelijkheid. De gehele nadruk op de medische psychologie komt mede voort uit het feit dat de arts ook vertrouwde, raadsman, identificatie-object, voorlichter, ja zelfs trooster is. Balint gaat zelfs zo ver dat hij spreekt van de apostolische functie van de huisarts. Als die functie bestaat, ligt het werk van de huisarts inderdaad vlak naast dat van de predikant. Ik herinner mij een gesprek met een huisarts, die mij vertelde, hoe hij een buitenkerkelijke ernstige patiënt in een serie gesprekken mede hielp zich voor te bereiden op de dood.

Iedere arts heeft zijn opvattingen over het lijden, over gezondheid, over trouw, over eerlijkheid, welke opvattingen hij — bewust of onbewust — in zijn werk binnendraagt. Ik heb daar persoonlijk in het geheel geen bezwaar tegen. Integendeel, ik geloof dat wij het moeten toejuichen wanneer de huisarts niet alleen maar somatisch-deskundige, maar ook medemens is. Alleen: hij moet wel goed weten waar hij de grens van het zuiver medische overschrijdt en het terrein betreedt van het apostolische — om Balints woord te gebruiken. Want hier wordt het belangrijk, dat hij — gedachtig aan het „team” — aftast, hoe dit apostolische bij de patiënt aankomt, of hij hier niet bezig is het werk van de pastor te bemoeilijken en of er geen aanleiding is de pastor om raad te vragen of in te schakelen.

Dit laatste kan hij echter — en hier komt het derde aspect aan de orde — alleen maar doen, wanneer hij ook een goed beeld heeft van de rol van de pastor. Van de pastor in het algemeen zeker, van de protestantse zowel als van de katholieke, maar ook misschien van die bijzondere pastor, die de vertrouwde of wellicht ook niet-vertrouwde van deze zieke is. Even goed als hij een beeld heeft van de rol van de verpleegster, de specialist en de analyste, zal de huisarts zich een beeld van het werk van de pastor moeten vormen. Anders komt er van enige werkelijke samenwerking niets terecht.

Dat het omgekeerde evenzeer waar is, vermeld ik

nu hier alleen maar voor de volledigheid. Ook de predikant zal een inzicht moeten hebben in de eigen rol en in die van de arts, wil hij zijn plaats in het „team” aan het ziekbed naar behoren vervullen.

Waar de moeilijkheden in het contact liggen, is zo waarschijnlijk wel duidelijk geworden. Zij zijn te wijten aan het feit dat arts en pastor in twee verschillende werelden leven. Dat was misschien een honderd jaar geleden nog niet zo erg; deze beide werelden waren toen ingebed in een overzichtelijke maatschappij, waarin dokter en dominee samen met de notaris — om met Greshoff te spreken — het drievuldig beeld vormen van al wat wijs en waar is, donkere burgerheren, voor wie op aarde niets meer valt te leren, volkomen gaaf en afgerond, oud-liberaal, wantrouwend en gezond, mensen met ervaring en verstand. Zij waren toen de zuilen van een bestel, waarin ook hun patiënten zich vertrouwd en veilig voelden. En zij hadden langzaam wandlend over het Velperplein, zoals Greshoff ze beschrijft, en later onder het drinken van hun glas, of wilt u liever bij de uitvoeringen van het plaatselijk toneelgezelschap of op hun kaartavondjes voldoende gelegenheid om de nodige contacten met elkaar te onderhouden.

Die tijd is voorbij. Onze werelden zijn uit elkaar gegroeid. Wij hebben het druk en wij groeten elkaar beleefd, maar zonder er veel bij te denken, wanneer wij elkaar passeren. En niet alleen dat wij het druk hebben: wij zijn beiden voor elkaar specialisten geworden, die elkaar maar ternauwernood kunnen verstaan en die daarom — zo zijn mensen — met een zekere argwaan de ander binnen de grenzen van ons territorium zien verschijnen. Aan de andere kant is het zo, dat onze beide specialismen elkaar telkens raken. Niet slechts bij het bed van de patiënt, doch ook in het werk, dat wij daar doen. In zekere zin ligt ons beider werk in het verlengde van dat van de ander en komen er dus telkens overlappingen voor. Wij worden dus gedwongen ons van elkaars aanwezigheid en bezigheden rekenschap te geven. En juist door het feit, dat wij zo zeer in twee verschillende werelden leven, wordt deze dwang dan vaak als een extra-frustratie beleefd.

Welke mogelijkheden zijn er nu, gezien deze situatie? Ik geloof dat ik deze vraag het beste beantwoord door iets te vertellen van twee experimenten, welke wij in de Jelgersma-kliniek in Oegstgeest op het ogenblik doen. Het eerste experiment is, dat aan de stafbesprekingen van het psychosomatisch centrum een pastor als consultant deelneemt, een rol, die ik daar probeer te vervullen. Het tweede is, dat wij elke veertien dagen met een aantal pastores van verschillende kerken bijeenkomen, waarbij wij samen met een psychiater moeilijke gevallen uit onze praktijk bespreken, een soort Balint-groep voor predikanten en geestelijken dus.

Wij hebben nog geen duidelijk beeld, geloof ik, van alle aspecten, die hierbij van betekenis zijn. Maar een enkele indruk, welke ik heb, kan ik toch wel geven. Wij hopen te zijner tijd er iets over te

publiceren. Ik wil er de volgende opmerkingen over maken.

I. Het is belangrijk, dat wij als pastores en medici wederzijds in elkaars groepen present zijn, ook al is onze bijdrage quantitatief misschien niet altijd even groot. Wij worden dan geconfronteerd met het gezichtspunt en de vraagstelling van de ander. Het wordt door de aanwezigheid van een predikant meer reëel, wanneer in het psychiatrisch rapport de kerk en het geloof ter sprake komen, zoals het voor de predikant reëel wordt door de aanwezigheid van de psycho-therapeut, dat hij in zijn gesprekken op bepaalde psychische factoren moet letten. Wij leren door deze presentie met elkaar te rekenen.

II. Wij krijgen door deze presentie ook een duidelijk beeld van het werk van de ander. Het medisch klimaat en dus ook de structuur van de rol van de medicus leert men niet kennen, wanneer men patiënt is, maar alleen, wanneer men medici aan het werk ziet. In Amerikaanse ziekenhuizen laat men de ziekenhuis-predikanten af en toe operaties en secties bijwonen om hen zo te leren, wat het werk, de verantwoordelijkheid, de inzet als het ware van de arts is. En ik moet zeggen dat ik nooit duidelijker een inzicht gekregen heb in de wereld van de dokter dan toen ik zelf daar een operatie heb bijgewoond. Ik ben overtuigd, dat wij hier in Nederland deze kant ook uitmoeten, al weet ik heel goed, met hoe veel reserve deze suggestie nu nog zal worden aan-gehoord.

Anderzijds heb ik met belangstelling gezien, hoeveel de psychiater in onze pastorale Balint-groep over het werk, de inzet van de pastor heeft geleerd. En ik heb de indruk, dat hij nog geregeld nieuwe dingen bij de pastores ontdekt.

Niet echter alleen datgene, wat wij hierbij over het werk van de ander leren, is van betekenis. De confrontatie met dit werk doet ons des te duidelijker zien wat onze taak, onze rol, onze bijdrage in het leven van de patiënt is of moet zijn. De ervaring leert dat het gevaar, dat de dominee of pastoor zo'n beetje doktertje of psycho-therapeutje gaat spelen, wanneer hij op deze manier met de artsen leert meedenken, niet te groot is. Het bestaat natuurlijk wel, maar alleen bij de zwakke broeders, die dan door hun collega's meestal gauw van dit dilettantisme worden genezen. De amateur-psychiater onder de zielszorgers wordt veel meer in het leven geroepen door de populaire psychologische literatuur, welke aan de markt komt. Een confrontatie met de werkelijkheid van het medische werk heeft juist een heilzame werking. Ik ben overtuigd dat veel dilettantisch „ge-apostoleer”, dat onder artsen voorkomt, zou verdwijnen, wanneer zij met de werkelijkheid van het pastorale werk zouden worden geconfronteerd.

III. In de derde plaats helpen wij als theologen en psychotherapeuten elkaar door op de punten, waar dat nodig is, elkaar met onze theologische of medische kennis van dienst te zijn. Het is voor een arts moeilijk zich een duidelijk beeld te vormen van de vele protestantse kerkgenootschappen met hun

onderscheiden levenspatronen: de theoloog kan hem een stuk noodzakelijke voorlichting geven. De predikanten tobben met de moeilijkheid, dat zij onder hun schapen psychopathen en neurotici hebben: de psycho-therapeut kan hen met zijn kennis een heel stuk helpen om op verantwoorde manier voor deze mensen een pastor te zijn.

IV. Een stuk verder zijn wij op deze weg, wanneer wij als medici en pastores ons gezamenlijk rekenschap proberen te geven, welke plaats de godsdienst inneemt in de structuur van een bepaald mens, met wie wij beiden te maken hebben. Het kan voor de medicus en de pastor beiden van grote betekenis zijn na te gaan, in hoeverre het geloof, dat deze mens bezit, al dan niet een infantiel karakter heeft, of hoe de schuldgevoelens, welke hem dwars zitten, moeten worden tegemoetgetreden, als genuïn-volwassen of als neurotisch-onvolwassen.

Ik ben mij bewust dat wij hier op een terrein komen, dat — hoe belangrijk het ook is — in de praktijk een zekere deskundigheid vraagt, welke noch de gemiddelde arts noch de doorsnee-pastor op het ogenblik bezit. Des te noodzakelijker is het, dat wij ons er rekenschap van geven, dat aan de scholing van de arts in medische psychologie en van de pastor in pastorale psychologie meer en intenser aandacht moet worden besteed dan tot nu toe gebeurt. Ook een nadere studie van de problemen, welke ik hier aanwees — dat van de samenhang van het geloof met de karakterontwikkeling en dat van de aard van de schuldgevoelens — door deskundigen van beide zijden is bijzonder noodzakelijk.

V. Bij beide experimenten blijkt ook dat wij als artsen en pastores kunnen samenwerken in het belang van de patiënt. Op verzoek van de medici heb ik al meer dan eens een aantal gesprekken van pastorale aard gehad met patiënten, bij wie het contact met hun eigen predikant enige moeilijkheden opleverde. En de predikanten in onze pastorale Balintgroep hebben meer dan eens met de psychiater overlegd over de wenselijkheid en mogelijkheid hun gemeenteleden met bepaalde problemen naar een psychiater te verwijzen.

Het is duidelijk, dat, wat hier binnen het verband van onze groepen mogelijk is, mutatis mutandis ook binnen een minder georganiseerd contact van arts en pastor gebeuren kan. Er zijn ook in de gewone huisartsenpraktijk telkens gevallen, waarbij wij als artsen en pastores een beroep op elkaar kunnen doen. Ik geef maar enkele voorbeelden uit mijn eigen pastorale verleden: een huisarts kwam eens bij mij met het verzoek of ik met een van zijn jongere patiënten, die bij mij op catechisatie was, eens wilde praten over de moeilijkheden, waar zij liever met haar dominee dan met de dokter over spreken wilde. En ik zelf heb wel eens een arts gevraagd enige aandacht te besteden aan een van mijn gemeenteleden, bij wie ik bepaalde ziekelijke afwijkingen vermoedde. Het is mijn overtuiging, dat waar de menselijke relaties goed zijn, dit soort dingen zich vanzelf zullen ontwikkelen.

Er zijn zelfs punten, waar het medische en het

pastorale werk duidelijk in elkaars verlengde liggen en overleg en samenwerking van deze beide figuren direct geboden is; het nalaten hiervan zou dus een ernstig tekort tegenover de patiënt betekenen. Ik denk hier uiteraard aan de ziekte met een nefauste prognose en aan het probleem, of de patiënt en zijn omgeving moeten worden ingelicht, door wie en hoe dit eventueel moet worden gedaan. Mijn overtuiging op dit gebied is, dat dit in samenspel van ons beiden moet gebeuren, maar dat meestal de beste werkwijze zal zijn dat de arts met de nodige zekeringen van reserve, geleidelijkheid enz. de mensen zo goed mogelijk inlicht over de ernst van de situatie, terwijl de pastor de begeleiding en follow-up hiervan in overleg met hem op zich neemt.

VI. Mijn laatste opmerking in dit verband geldt een speciaal punt, dat mij in mijn werk als pastoraal psycholoog hoe langer hoe meer is gaan interesseren. Ik wil haar in dit verband bescheidenlijk als een vraag voorleggen. Wij hebben in onze praktische opleiding de mogelijkheid van een „training” in het voeren van pastorale gesprekken ontdekt. Met name in Amerika is deze training in de loop van de laatste twintig jaar tot een goed doordachte en zeer vruchtbare methode gegroeid. Aanstaaende predikanten werken aan het slot van hun theoretische opleiding drie of meer maanden in ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen als pastores. Zij schrijven de pastorale gesprekken, welke zij voeren, woordelijk op en elke dag worden deze in kleine groepen van vijf of zes onder leiding van een „supervisor” nauwkeurig geanalyseerd. De studenten ontdekken zodoende van hoe grote betekenis bij een pastoraal gesprek het hebben van een juiste relatie met de ander is en hoe vaak tekorten in onze habitus, onze houding ten opzichte van de ander, aan deze relatie in de weg staan; zij leren hun blinde vlekken zien, hun vooroordelen, hun angsten en onzekerheden en vooral: zij leren deze accepteren en voorkomen zo, dat zij hen in hun werk hinderen. Vooral tot het goede luisteren blijkt deze training een onvervangbare bijdrage.

Ook Balint komt in zijn boeken tot de conclusie dat door de invloed van de groepsbesprekingen de vaardigheid van het luisteren, die hij ook in verband brengt met een „change in personality”, met een wijziging van de habitus, tot ontwikkeling komt. Naar mijn overtuiging bereikt men dit doel langs de weg van deze training met haar gespreksanalyses efficiënter.

Ik zou u de vraag willen voorleggen of een dergelijke training ook voor medici niet waardevol zou kunnen zijn. Wij weten allen hoe belangrijk in het werk van de arts de relatie tot de patiënt is en hoe belangrijk ook juist het goede luisteren naar de ander blijkt te zijn. Ik stel mij voor, dat het analyseren van de eigen gesprekken met patiënten de aanstaande artsen en ook de reeds praktiserende artsen veel over hen zelf zou leren en hen bij een goede training bijzonder zou helpen in het verdiepen en efficiënt maken van hun „bedside manners”.