

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

*Het belang van de methode van Rogers in de huisartspraktijk**

DOOR J. J. DIJKHUIS, PSYCHOLOOG TE HEILOO

Ter inleiding op wat ik ga zeggen over de rogeriaanse therapie, is het wellicht goed met enkele woorden aan te geven, wie *Rogers* is. Hij werd geboren in Oak Park (Illinois) in 1902. Toen zijn vader in betere doen geraakte, kocht hij een boerderij. Daar ontwikkelde Rogers een grote belangstelling voor de natuur en voor landbouwkundige problemen. Dit leidde tot zijn keuze van de studie in landbouwkunde, welke hij enkele jaren heeft volgehouden. Daarna koos hij de studie van de theologie. Het feit dat hij stamde uit een orthodox protestants milieu zal daaraan niet vreemd zijn geweest. Zijn zoekende geest kon echter geen vrede vinden in theologische problemen. Mede gestimuleerd door de vrijzinnige omgeving van het Union Theological Seminary in New York, waar hij zijn studies maakte, liet hij elke traditionele vorm van godsdienst varen. Daarna wendde hij zich tot de studie van de psychologie en werd leerling van onder anderen John Dewey aan het Teachers College van de Columbia University. Zijn eerste baan vond hij in een instituut voor moeilijk opvoedbare jeugd in Rochester, waar hij veel therapie deed. Zijn therapeutische inspiratie vond hij aanvankelijk in de freudiaans beïnvloede sfeer, welke hij had ondergaan in het praktische gedeelte van zijn opleiding. Daarvan maakte hij zich echter meer en meer los en ging op eigen kompas varen.

Zijn ervaringen in Rochester heeft hij te boek gesteld in *The clinical treatment of the problem child*, van 1939, een boek dat door de grote kinderpsycholoog Leonard Carmichael met enige omzichtigheid werd geïntroduceerd. Het betrof een van de eerste systematische werken met wetenschappelijke preten-

tie over de behandeling van het moeilijk opvoedbare kind. Ondanks deze wetenschappelijke prestatie kreeg Rogers geen kans verbonden te worden aan de universiteit van Rochester. Kort daarna echter werd hij hoogleeraar aan de universiteit van Ohio. Daar begon hij, terwille van zijn studenten, aan een systematische uiteenzetting van zijn eigen opvattingen en ervaringen betreffende psychotherapie. Met het boek dat daaruit resulteerde en dat in 1942 verscheen onder de titel *Counseling and psychotherapy*, introduceerde Rogers zijn eigen methode, het zogenaamde non-directive counseling.

In 1945 werd hij hoogleeraar aan de universiteit van Chicago, tevens belast met de leiding van het counseling-centrum. Hier zette hij zijn uitvoerige onderzoekingen met kracht en enthousiasme voort; een enthousiasme dat blijkbaar aanstekelijk werkte op zijn leerlingen. Men kan rustig zeggen, dat het wetenschappelijk speurwerk over de werking en de effecten van psychotherapie door Rogers en zijn leerlingen eerst in volle gang is gezet. Sinds 1957 is Rogers zowel hoogleeraar in de psychologie als in de psychiatrie aan de universiteit van Wisconsin. Daar houdt hij zich intensief bezig met de therapie van schizofrene patiënten, waarover hij binnenkort, samen met zijn medewerkers, een boek zal publiceren. Inmiddels zijn er nog enkele andere boeken van hem verschenen: *Client-centered therapy*, in 1951, een herziening van zijn opvattingen; *Psychotherapy and personality change*, door hem samen met Rosalind Dymond uitgegeven in 1954, een bundel research-rapporten; *Psychotherapie en menselijke verhoudingen*, samen met *Marian Kinget*, waarvan de eerste versie in het Nederlands werd uitgegeven in 1959 en dat te beschouwen is als een bijgewerkte presentatie van Rogers steeds in beweging zijnde ideeën; voorts talloze artikelen in diverse

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

tijdschriften. Een bundeling daarvan werd uitgegeven in 1961 onder de titel: *On becoming a person*. Rogers heeft zich niet beperkt tot het formuleren van zijn therapeutische opvattingen, doch ook getracht, in diverse verhandelingen, een theorie op te stellen over de ontwikkeling van de menselijke persoon. De titel van een van die opstellen verschafte de naam voor het laatst vermelde boek.

Wat nu de methode van Rogers betreft, ik sprak erover dat Rogers die introduceerde in zijn boek *Counseling and psychotherapy*. Daarmee deed ik echter onrecht aan de bedoelingen van Rogers, die uitdrukkelijk liever niet wil spreken van een methode, maar van de houding van de therapeut. Daarmee zijn wij meteen bij een kernpunt van de rogeriaanse therapie. Rogers heeft niet vanuit theoretische gezichtspunten een weldoordachte methode ontwikkeld, die te vergelijken zou zijn met goede fundamente en een weldoortimmerd huis. Integendeel, zou men kunnen zeggen. Rogers is tot zijn opvattingen gekomen doordat hij is gaan nadenken over wat hij in zijn therapieën deed en gedaan had. Hij meende daarin een bepaalde lijn te herkennen en hij heeft getracht die lijn door te trekken. Daarin is bij hem een grote ontwikkeling waar te nemen. Ook voor zijn eigen opvattingen omtrent therapie geldt wat hij zo sterk beklemtoont in zijn persoonlijkheidstheorie, namelijk de groeikracht en de tendens tot ontwikkeling.

Wat hem aanvankelijk erg frappeerde in zijn eigen manier van doen in het uitoefenen van zijn psychotherapeutische praktijk, was het ontbreken van directieve elementen. Dit beginsel van „non-directiveness” is hij gaan uitwerken en vooral onder dit gezichtspunt heeft hij zijn opvattingen omtrent psychotherapie geïntroduceerd. Dit beginsel is anderzijds zó sterk naar voren gekomen in de perceptie van degenen, die hun aandacht richten op de rogeriaanse vorm van psychotherapie, dat hun waardering soms volledig daardoor wordt bepaald. En dat niet alleen. Het blijkt dat niet weinigen geneigd zijn te menen, dat ze rogeriaanse therapie bedrijven alleen door non-directief te zijn.

Laten wij hier duidelijk vaststellen, dat het non-directieve beginsel steeds een belangrijk element is geweest — en nog is — van de psychotherapie volgens Rogers. In de mate waarin dit beginsel consequent werd toegepast, is trouwens een ontwikkeling te bespeuren. De eerste protocollen van psychotherapiezittingen van Rogers en zijn leerlingen getuigen van een minder consequent volgehouden „non-directiveness” dan latere.

Rogers zelf is echter niet geneigd dit beginsel als het meest centrale punt van zijn opvattingen te beschouwen. Het zou ook wel enigermate merkwaardig zijn als een psychotherapeutische methode of benaderingswijze gedefinieerd werd louter door het ontbreken van een bepaald soort reacties bij de therapeut. Het beginsel van non-directie is weliswaar heel karakteristiek voor de rogeriaanse psychotherapie. Het heeft echter een verwijzende be-

tekenis. Als verschijnsel zelf is het van secundaire betekenis. De therapeut, die zich onthoudt van het geven van directieven, goede raad, interpretaties, leefregels, suggesties, of misschien zelfs geboden en verboden, doet dat om een bepaalde reden. Hij wil niet vastleggen wat bij zijn cliënt nog volop in ontwikkeling is of tot ontwikkeling zou moeten komen; hem niet duidelijk presenteren wat er voor de cliënt nog vaag en verward ligt; hij wil niet met zijn gezag de cliënt dingen laten doen waartoe deze uit zichzelf nog niet kan besluiten.

Dit centreren van de therapeutische activiteit in de persoon van de patiënt en het daarmee gepaard gaande excentrisch worden van de activiteit van de therapeut, heeft in een later stadium Rogers ertoe gebracht zijn benaderingswijze als „client-centered” te poneren. Of deze terminologische verandering gelukkig is geweest, kan men betwijfelen. Men kan er licht onder verstaan, dat deze vorm van psychotherapie zich onderscheidt van andere door „client-centered” te zijn. Behalve verwarrend is dat ook onjuist. Immers, alle psychotherapie is „client-centered”, als men daaronder verstaat dat psychotherapie gericht is op het belang van de patiënt. En deze verklaring ligt meer voor de hand dan de andere, die een zekere vertrouwdheid veronderstelt met de opvattingen van Rogers: het welbewust niet kiezen van een ander standpunt dan de patiënt, of de cliënt, op een goed moment zelf inneemt. Wil men de opvattingen van Rogers op hun juiste waarde aanslaan, dan moet men wel begrijpen, dat zijn gedachten over „client-centeredness” een positievere formulering behelzen van wat hij in eerste instantie als „non-directiveness” naar voren heeft gebracht.

Hier telt ten volle wat de patiënt zelf voelt en ervaart. Hier geldt de wereld zoals de patiënt die beleeft en waarneemt. En die opvatting druist in tegen wat de arts of de psycholoog, en ook andere mensen wie om raad of hulp gevraagd wordt, als geheel vanzelfsprekend aanvaarden: dat het namelijk hun wijsheid of deskundigheid is waarop een beroep wordt gedaan; een wijsheid en deskundigheid die zij krachtens hun opleiding en ervaring hebben verworven. Zij weten wat de patiënt of de hulpzoekende niet weet, zij zien wat hij niet ziet. En zou het anders liggen, zou de patiënt of de cliënt zelf dat alles weten en zien, dan zou hij zich immers niet tot een deskundige wenden om hulp.

Wanneer wij deze laatste opmerking — een patiënt die alles weet over zichzelf zal geen hulp gaan zoeken bij een deskundige — als een extreem geval beschouwen, vinden wij daar meteen een antwoord op de hypothetische tegenwerping. Zo extreem gesteld zou die uitspraak immers een toelichting moeten inhouden op het bestaansrecht van deskundigen. Deskundigen hebben recht van bestaan. Het is echter de vraag of hun deskundigheid bestaat in het weten van allerlei zaken die een hulpzoekende niet weet. In elk geval is een psychotherapeut in de opvatting van Rogers niet degene die weet wat zijn cliënt niet weet. Hij weet in eerste instantie óók niet

wat de cliënt niet weet, tenzij het gaat om kwesties die de psychotherapeut uit andere hoofde weet, bijvoorbeeld omdat hij arts is of psycholoog en het evident is, dat hij op een zeer concrete vraag van zijn cliënt of patiënt een concreet antwoord weet. Een antwoord bijvoorbeeld op de vraag: „kunt u mij zeggen, of de pijn, welke ik hier voel, wordt veroorzaakt door een ontsteking van de blinde darm?” Of bij een psycholoog: „wat dunkt u, zijn mijn capaciteiten voldoende om een academische studie te doen?”

Die laatste vraag kan heel concreet zijn en het is mogelijk om daarop door middel van een psychologisch onderzoek een antwoord te geven met een redelijke kracht van voorspelling. Maar is het de vraag waarmee de advieszoekende werkelijk zit? Ligt daarin misschien ook niet een andere vraag, of: is dit wel zijn eigenlijke vraag? Het is mogelijk dat de cliënt helemaal niet weet wat hij moet gaan doen, studeren of iets heel anders. Nu kan men opmerken: zo is er achter elke vraag wel wat te zoeken. Wanneer iemand mij op straat aanhoudt en vraagt, hoe laat het is, kan daarachter ook wel een probleem of een conflict liggen. Dat kan dan ook inderdaad, al was het alleen al het conflict van een trein of een afspraak te zullen missen. Maar dat is niet het punt. De reden waarom iemand naar een psychotherapeut gaat, is niet zonder meer dat hij met een conflict zit, maar dat hij met conflicten of problemen zit waar hij zelf niet uitkomt, nog afgezien van toestanden, die alleen maar heel erg verwarrend voor hem zijn zonder dat hij daarin bepaalde vragen of conflicten onderkent. En dat onderkent de psychotherapeut ook niet.

Voor Rogers is de cliënt niet de vragende en de therapeut de wetende. Zoals hij de functie van de therapeut ziet, gaat het erom, dat de therapeut zich samen met de patiënt begeeft in dat proces van vragen stellen aan zichzelf, waarin de laatste is gewikkeld. Het wordt dan een bipersonale activiteit, om een term van Paul Christian te gebruiken, met een soort taakverdeling. De rogeriaanse therapeut is niet iemand die zich geheel en al identificeert met zijn cliënt. Men blijkt dat wel eens te denken en mijn opmerking, dat de therapeut zich samen met de patiënt begeeft in diens proces van vragen, zou dat ook kunnen suggereren. De therapeut neemt uitdrukkelijk als taak op zich, zich in te leven in de vragen waar de cliënt mee worstelt; op zijn eigen wijze onder woorden brengen, wat hij ervaart van de cliënt zoals deze worstelt met de vragen waarmee hij zit. Door diens vragen aldus mee te ervaren en terug te geven aan de cliënt, zal de therapeut ook de problemen aanvaarden zoals die er telkens voor zijn cliënt liggen. En niet alleen ervaart hij diens problemen, maar ook hemzelf zoals hij nu is en zich voelt.

Een dergelijke houding moet uiteraard „non-directive” zijn. Zij is dan ook „client-centered”, niet alleen in de algemene zin van: gericht op het belang van de patiënt, maar ook in heel speciale zin. Het centrum is de vragende activiteit van de cliënt. Om

diens interne ervaringskader gaat het, zoals Rogers het uitdrukt. Maar hoezeer deze kenmerken van de rogeriaanse therapie ook naar voren springen en hoezeer Rogers zelf die ook heeft gereleveerd — het blijven perifere kenmerken van een activiteit van de therapeut die wezenlijk bestaat in: echtheid, zich (empathisch) inleven in de patiënt en het onvoorwaardelijk aanvaarden van de patiënt.

Wij zullen die grondhouding van de therapeut nader moeten toelichten. Het is echter wellicht raadzaam dat ik eerst nog enige aandacht schenk aan een kwestie die inmiddels gerezen kan zijn. Men zou kunnen zeggen: goed, die therapeut moet zich inleven in de patiënt, hij moet samen met hem vragen naar wat voor de patiënt „fragwürdig” is. Maar er zal toch wel eens een eind komen aan dat vragen. Een antwoord in de een of andere vorm. Geeft de therapeut dat, als de vraag waarmee de patiënt worstelt hem voldoende duidelijk is geworden? En als de vraag beantwoord is, is de therapie dan afgelopen?

De therapeut geeft geen antwoord; althans niet in de gangbare zin van een vraag-en-antwoord-dialoog, waarbij de (nog) onzekere vraag van de een gevolgd wordt door een (reeds) duidelijk antwoord van de ander. In die zin geeft de rogeriaanse therapeut geen antwoord. Wel kan het soms gebeuren dat de therapeut het antwoord formuleert, maar dan ligt het de patiënt bij wijze van spreken al op de lippen. Het is in de wisselwerking van therapeut en cliënt aan hen samen duidelijk geworden. Ik wil dit graag toelichten aan een kort fragment uit een therapeutische zitting van Rogers:

38 Cliënt: Ik veronderstel dat het allemaal... iets te maken heeft... met gedachten over doodgaan, of iets... er komen heel wat problemen los om uit te zoeken als ik me daarin begeef, want er zijn tijden geweest dat ik dacht - wel, als ik me altijd zo blij voel als ik me de laatste week heb gevoeld, zou ik niet lang willen (lacht)... Dat is dan die kant ervan, maar er is ook een werkelijk niet willen... de dood onder ogen te zien...

38 Therapeut: Een echt gevoel van... die mogelijkheid niet onder ogen te willen zien...

39 Cliënt: En toch vermoed ik zo, dat, als ik werkelijk ziek ben, het niet het ergste zou zijn... het ergste. Ik denk, dat het de pijn zou zijn. Het lijkt me, dat ik een lage tolerantiegraad heb.

39 Therapeut: Zodat in zekere zin, als het erop aan zou komen... het gemakkelijker zou zijn de dood te aanvaarden... dan pijn.

Men zou hiervan kunnen zeggen, dat het antwoord wordt gegeven — de conclusie getrokken — door de therapeut. Uit het verloop van dit gespreksfragment, is het echter wel duidelijk, dat de beide elementen van het alternatief door de cliënt naar voren zijn gebracht, dat de therapeut en de cliënt samen bezig zijn geweest die elementen te schikken en te herschikken en dat de therapeut als „antwoord” op haar vragend tasten een conclusie formuleert, welke de cliënt op haar lippen had kunnen liggen. De therapeut interpreteert niet, dat wil zeggen: hij geeft niet zijn inzicht en zijn deskundigheid. Hij ziet niet achter de dingen, terwijl de patiënt dat niet kan. Het gaat om een samen kijken

naar de moeilijkheden, een samen ontdekken van wat de cliënt beleeft en ervaart. En het antwoord? Het kan een antwoord zijn, maar het is geen antwoord, dat dé oplossing inhoudt. Het is een antwoord dat al een nieuwe vraag in zich bergt. Dat blijkt ook hier wel als de patiënt vervolgt:

40 Cliënt: Ik durf eigenlijk geen van beide goed onder de ogen te zien. Niet nu tenminste . . .

Met het vinden van een antwoord is de therapie niet afgelopen. Zoals dit antwoord een nieuwe vraag inhield, zo kan het lang doorgaan in een therapie. Die therapie is ook niet afgelopen als de cliënt samen met de therapeut een groot aantal antwoorden heeft gevonden op zijn verschillende vragen. Het einde van de therapie is dan gekomen, wanneer de cliënt in de therapie geleerd heeft die dialoog op eigen kracht voort te zetten, dus van vraag naar vraag te gaan. Zo heb ik op een wat ongewone wijze uitgedrukt wat Rogers ziet als de normale, gezonde mens, „the fully functioning person”. Daarvan zegt hij dat het is: „een creatieve persoon, wiens bijzondere gedragingen niet te voorzeggén zijn.” En om zijn hele beschrijving daarvan meteen volledig te maken, voeg ik daar de rest van zijn beschrijving aan toe: „een persoon die vrijelijk functioneert in de volheid der potenties van zijn organisme; een persoon van wie men met zekerheid kan verwachten dat hij realistisch, constructief, gesocialiseerd en adequaat zal zijn in zijn gedrag; een persoon, die steeds aan het veranderen, zich steeds aan het ontwikkelen is, die altijd zichzelf is en steeds het nieuwe in zichzelf aan het ontwikkelen is op elk der opeenvolgende tijdsmomenten.”

Rogers geeft toe, dat dit een ideaal is. Het is zijn therapeutisch ideaal. Hij zegt: „Dit is de persoon, die in werkelijkheid — alhoewel op onvolmaakte wijze — te voorschijn treedt uit de ervaring van veiligheid en vrijheid in een therapeutische relatie, en dit is de persoon, die ik „in zuivere vorm” heb trachten te beschrijven.”

Ik zal bij dit mensbeeld van Rogers niet langer blijven stilstaan. Hier interesseert ons immers de therapievorm van Rogers. Maar zijn opvattingen over psychotherapie zijn natuurlijk niet los te denken van zijn opvattingen over de menselijke persoon. Daarom heb ik die in het kort vermeld en ook om te laten zien, dat het gaan van vraag naar antwoord en van antwoord naar vraag, in de rogeriaanse therapie, zelf al een houding is, die correspondeert met de levenshouding van de volwaardige en volwassen mens; dit dus nog afgezien van wat er klaar wordt in de levensvisie van de patiënt doordat steeds weer nieuwe facetten van een probleem, waarmee hij zit, worden belicht.

Rogers' vertrouwen in de groei­kracht van de mens is heel groot. Daarnaast is hij de overtuiging toegedaan, dat de „fully functioning person” wegen en levensvormen zal vinden die niet zo maar een patroon volgen dat voor alle mensen geldt, zelfs niet voor mensen uit eenzelfde cultuurgroep. Zijn vertrouwen in de groei­kracht van de mens en zijn

respect voor de individuele mens zijn zo groot, dat hij daar een therapeutisch élan aan ontleent dat hem een verticale relatie tussen patiënt en therapeut doet afwijzen en doet opteren voor een onvoorwaardelijke horizontale relatie tussen beiden. Van dit therapeutisch beginsel kan worden gezegd, dat het in staat is weerstanden te wekken; niet alleen bij al degenen die de autoriteit en de deskundigheid van de therapeut een vanzelfsprekende voorwaarde vinden voor de therapie — wij hebben daarover al gesproken — maar ook bij al degenen die menen, dat de mens van nature een afhankelijk, aansluiting zoekend en steun vragend wezen is. Misschien kunnen we met Kinget zeggen, dat de aanvaarding van de menselijke autonomie en de bereidheid om die aan anderen toe te staan, in niet geringere mate verzet oproepen dan de beschouwingen van Freud over de seksualiteit dat een halve eeuw geleden deden.

Rogers kende die weerstanden niet, of had er althans mee afgerekend. Hij heeft zijn eigen autonomie aanvaard zoals ik in de beknopte schets van zijn levensloop heb aangeduid: hoe hij zijn levensbeschouwing en zijn levensvorm heeft losgemaakt uit het patroon van zijn omgeving en die het stempel van zijn eigen persoon heeft gegeven. Hij is ook een dynamisch en creatief, zij het naar westeuropese maatstaven wellicht wat slordig, denker, die steeds bereid is zijn opvattingen te herzien en van standpunt te veranderen. Hij is iemand die, om zijn eigen terminologie te gebruiken, in congruentie leeft met zichzelf.

Daarmee realiseert hij een belangrijke component van de grondhouding van een psychotherapeut naar zijn eigen inzichten. Die component is de echtheid. De therapeut moet zichzelf zijn en zichzelf voelen in zijn therapeutische activiteit. Een voorwaarde daarvoor is, dat hij een eenheid vertoont tussen zijn „fysiologische ervaringen”, een zekere graad van bewustzijn daaromtrent en de uitdrukking daarvan. Men kan ook zeggen dat de therapeut in harmonie moet zijn met zichzelf. Dat is een algemene voorwaarde voor een therapeut. Het zou ons hier echter te ver voeren als wij ingingen op de speciale theorie van Rogers hierover. Rogers merkt dan verder op, dat de cliënt degene is, die in een toestand van incongruentie met zichzelf verkeert. Deze twee mensen komen met elkaar in contact, waarbij de therapeut zo veel mogelijk congruent moet zijn in zijn relatie met de cliënt, dat wil zeggen: die relatie op dezelfde wijze moet ervaren als zichzelf, in een eenheid van diepste ervaringen, bewustzijn daarvan en de uitdrukking daarvan.

Natuurlijk zal hij niet elk standpunt of gevoel van de cliënt kunnen aanvaarden en waarden als de zijne, maar hij zal de cliënt en diens problemen als een geheel eigen en unieke situatie moeten aanvaarden. Diagnostische of interpretatieve gedachten zal hij daarbij misschien niet geheel weg kunnen bannen, maar hij moet op zijn allerminst zich niet vastleggen aan dergelijke gedachten en steeds weer in staat zijn die te veranderen, aan te vullen en te herzien. Maar dat is dan ook het minimale. De patiënt

aanvaarden is veel meer: bereid zijn hem te volgen in elk nieuw aspect waaronder deze zich vertoont.

De therapeut moet bereid zijn de patiënt te volgen „to any outcome”, zoals Rogers het jaren geleden al uitdrukte. Hij doet dat echter niet door zich geheel en al te identificeren met de cliënt. Dat zou betekenen, dat de therapeut aan dezelfde incongruentie met zichzelf ging laboreren als de cliënt doet. De therapeut moet zichzelf blijven in de overigens horizontale relatie met de cliënt. Hij engageert zich met de cliënt door zich samen met hem geheel te begeven in diens ervaringen, problemen en conflicten. Hij distantieert zich van de cliënt door op zijn eigen wijze te vertolken, wat hij ervaart in de ervaringen van de cliënt. Het is als het ware een landschap waarin patiënt en therapeut samen verwijlen. Het landschap is het innerlijk van de patiënt. Rogers drukt het anders uit. Hij spreekt van een innerlijk ervaringskader van de cliënt, waarin de cliënt vanzelf al leeft en waarin de therapeut zich, door empathie, moet inleven. Een dergelijke empathische houding sluit uit, dat de therapeut vanuit zijn eigen inzichten, kennis, beginselen — kortom vanuit zijn eigen ervaringskader — antwoorden geeft op vragen van de cliënt, richtlijnen geeft, hoe deze zich moet gedragen of normen voorhoudt waarnaar hij zou moeten leven. Als er al eens een antwoord kan worden geformuleerd op een vraag — wij hebben dit hiervoor besproken — is dat een antwoord dat in het gezamenlijk ervaren van de vragen die er voor de cliënt liggen, evident wordt. Het is ook voor de cliënt evident. En zo kan het ook voor de cliënt evident worden, dat hij zijn gedragingen moet veranderen of zijn leven op andere waarden oriënteren. De therapeutische activiteit bestaat precies hierin, dat hij door zijn relatie met de cliënt en door daarin congruent te blijven met zichzelf en met de ervaringen van de cliënt, bereikt, dat voor de cliënt evident gaat worden wat onduidelijk was, dat deze nieuwe mogelijkheden ontdekt van zichzelf die niet schenen te bestaan, zich weer gaat ontwikkelen waar hij helemaal was vastgelopen.

Als ik hier dan toch even van „techniek” of „methode” mag spreken, dan komt het er dus op neer, dat de therapeut op basis van de zo juist geschetste grondhouding:

1 zich geheel tracht te verplaatsen in wat de cliënt zegt, en op een niet-verbale wijze uitdrukt, wat er in deze omgaat;

2 zich losmaakt van een bij hem opkomende evaluering van hetgeen de cliënt over zichzelf meedeelt;

3 tracht de verschillende gevoelsnuances van de meegedeelde ervaringen van de cliënt zoveel mogelijk op te merken en in te voelen;

4 aan dit invoelen en navoelen zo genuanceerd mogelijk uitdrukking geeft.

Aldus kan de cliënt er zich van bewust worden dat de therapeut hem onvoorwaardelijk aanvaardt

en empathisch begrip voor hem heeft, waardoor een psychotherapeutisch effectieve sfeer ontstaat.

Hiermee hoop ik een schets te hebben gegeven van wat de rogeriaanse therapeut is en doet, of althans nastreeft. Als ik dan nu ertoe overga om te spreken over de betekenis die deze vorm van psychotherapie kan hebben voor de huisarts, wil ik eerst proberen een antwoord te geven op een vraag die misschien ook al bij u is gerezen: heeft het zin, dat een huisarts ooit begint aan een dergelijke vorm van psychotherapie, die immers zozeer de medische deskundigheid, de wetenschappelijke inzichten, de praktische ervaring en de gangbare rolopvatting van de huisarts tussen haakjes plaatst? Ook zonder de arts, en de huisarts in het bijzonder, als een magiër te beschouwen kan men immers toch zeggen, dat hij door zijn deskundigheid met betrekking tot ziekten en zieke mensen, een maatschappelijke en zeer praktische rol vervult, die bestaat in het ontdekken, herstellen en zo mogelijk het voorkomen van ziekten en stoornissen van het organisme, het revalideren van zieken en het bevorderen van de gezondheid. Hoe zou hij anders kunnen werken dan juist op basis van zijn deskundigheid? Dat valt moeilijk te loochenen. Het maatschappelijk aanzien dat de arts geniet en de behoefte, welke zieke of gestoorde mensen hebben aan zijn hulp, mag dan al leiden tot een beeld van de arts als een magiër — de feitelijke grondslag daarvan vormt toch zijn deskundigheid. De magiërrol, welke de arts kan vervullen, wordt enerzijds bepaald door primitieve emoties die gemakkelijk naar boven komen bij mensen in een grote psychische nood, als het ziek zijn kan betekenen, of bij mensen die geen wetenschappelijke kennis hebben van ziekten en defecten of niet in staat zijn hun lichamelijke klachten te objectiveren. Die rol kan ook worden gecultiveerd door de arts zelf, die zo een passend masker vindt om zijn falende kennis, zijn nog niet duidelijk inzicht en misschien zijn onmacht te verbergen.

Ik ben mij ervan bewust dat ik hiermee niets nieuws beweer. Het is echter dit steeds ook weer niet-weten van de arts dat ik op deze misschien wat scherpe wijze naar voren wil brengen. Het is evident, dat de arts te werk moet gaan volgens zijn deskundigheid. Maar wat, als hij gekomen is aan de grens van zijn persoonlijke deskundigheid of aan de grens van de huidige medische kennis? Zal hij dan doorgaan, maar dan op irrationele gronden, de rol van de kwasi-almachtige arts te vervullen? Of zal hij dan in de relatie met zijn patiënt zijn deskundigheid tussen haakjes plaatsen, net zo lang tot het evident is dat hij die weer kan inschakelen? En bevindt hij zich dan niet in een psychotherapeutische relatie met zijn patiënt? Maar dan ook een relatie die de rogeriaanse vorm van psychotherapie niet uitsluit.

Na aldus ex negativo te hebben gewezen op de mogelijkheid van rogeriaanse psychotherapie door de huisarts, wil ik die op positievere gronden bepleiten.

Dat de huisarts zijn medische deskundigheid tus-

sen haakjes moet plaatsen, bijvoorbeeld aan het ziekbed van een ongeneeslijke patiënt of bij een stervende, in het geval van zeldzame complicaties of psychosomatosen, die niet op de gebruikelijke therapieën reageren, bij steeds recidiverende ziekten of moeizame revalidaties, is een inzicht dat steeds meer veld wint. Dat inzicht blijkt onder meer uit de groeiende behoefte aan medische psychologie voor de huisarts en uit het verlangen van de huisarts om zelf eenvoudige vormen van psychotherapie te kunnen toepassen. Publikaties, onder andere van *Balint* en ten onzent *Weyel*, en artikelen, onder andere in „huisarts en wetenschap” getuigen van die ontwikkeling. Ik hoop dat niet te vertellen omdat dat thema op deze cursus in vele variaties aan de orde is gesteld.

Nu lijkt mij, dat juist in situaties, waarin de huisarts niets anders kan dan zijn deskundigheid tussen haakjes plaatsen, tenzij in een magiërrol schieten, de rogeriaanse vorm van psychotherapie bijzonder is aangewezen. Dat veronderstelt een houding waarin de arts begint met alle mogelijkheden open te houden, niet toe te werken naar interpretaties van het gedrag of van de klachten, geen diagnostisch maar integendeel een empathisch begrip toont, het probleem van de patiënt in allerlei facetten tot ontwikkeling laat komen en aldus hoopt, dat een mogelijk psychisch probleem van de patiënt zich oplost of dat er een bepaalde somatische therapie evident wordt. Het is tevens een houding waarin de patiënt zich door de arts aanvaard en begrepen kan voelen, niet bang hoeft te zijn dat de dokter voortijdig zijn eigen standpunt zal bepalen of voorbijziet aan bepaalde aspecten van zijn klachten. De rogeriaanse therapie is bovendien geen psychotherapie waarvan het proces door een buiten de patiënt liggend systeem wordt bepaald. Het is een proces van het interne ervaringskader van de patiënt en daarbij een gefractioneerd proces. Dat wil zeggen dat elke zitting een afzonderlijk proces vormt van wat de patiënt op dat moment aan problematiek ervaart.

De rogeriaanse therapie is misschien wel de enige vorm van psychotherapie die zonder schade voor de patiënt kan worden onderbroken of afgebroken. Het is bovendien een therapie waarvan de gesprekstechniek te leren is. Het is goed mogelijk om de gespreksinteractie van therapeut en patiënt onder controle te krijgen, althans wat het aandeel van de therapeut betreft, en zich in die interactie-controle te oefenen. Alleen al voor ons inzicht in de gespreksinteractie zijn de opvattingen en onderzoeken van Rogers van onschatbare waarde. Zelf heb ik geen ervaring met de rogeriaanse gesprekshouding bij

het winnen van diagnostische informatie. Enkele artsen die dat wel hebben, vertelden mij geïmponeerd te zijn door de gedifferentieerde informatie die zij kregen. Maar primair is de benaderingswijze van Rogers als een vorm van psychotherapie te beschouwen. Ik hoop enigermate duidelijk te hebben gemaakt, welke betekenis zij kan hebben voor de huisarts.

Samenvatting. De therapie van Rogers wordt aangeduid met de termen non-directief en „client-centered”. De juiste betekenis van deze termen bij Rogers wordt toegelicht. In het kort wordt daarna aangegeven hoe het proces van de rogeriaanse therapie verloopt. Een belangrijk punt is de opvatting van Rogers over de conflictstof. Volgens hem gaat iemand niet naar een psychotherapeut omdat hij met een bepaald conflict zit, maar omdat hij met conflicten of problemen zit, waar hij zelf niet uitkomt. De rogeriaanse therapeut tracht samen met de cliënt te ontdekken wat deze beleeft en ervaart. De antwoorden, die er komen, zijn geen antwoorden, die de oplossing inhouden, maar die nieuwe vragen in zich bergen. Het einde van de therapie is gekomen wanneer de cliënt in de therapie heeft geleerd, deze dialoog op eigen kracht voort te zetten.

De rogeriaanse therapie biedt de huisarts mogelijkheden in al die gevallen waarin hij in zijn relatie met de patiënt niet kan fungeren als de medisch-deskundige (die oplossingen kent die de patiënt niet kan weten), maar waarbij een verheldering nodig is van voorshands onduidelijke vragen en klachten van de patiënt.

Summary. The importance of the Rogers method in general practice. Rogers' therapy is described as non-directive and client-centered. The exact significance of these terms as used by Rogers, is elucidated. The procedure of rogerian therapy is then briefly discussed. An important feature is Rogers' view on conflict substance; in his opinion, a patient visits a psychotherapist, not because he is faced by a defined conflict but because he is confronted with conflicts or problems with which he cannot cope. The rogerian therapists attempt to discover, with the client, what it is that the latter experiences. The responses elicited do not imply the solution but raise new questions. Therapy is completed as soon as the client has learned, in the course of therapy, to continue this dialogue on his own terms.

Rogerian therapy affords possibilities for the family doctor in all cases in which, in his relation to the patient, he cannot function as the medical expert (familiar with solutions of which the patient cannot be aware), but which require clarification of the patient's initially obscure questions and complaints.

- Balint, M. (1956) *The doctor, his patient and the illness.* Pitman Medical Publishing Co., London.
- Christian, P. en R. Haas (1949) *Wesen und Formen der Bipersonalität.* Enke Verlag, Stuttgart.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy.* Houghton-Meffin, Boston.
- Idem (1961) *On becoming a person.* Hogg Foundation for Mental Hygiene, Boston.
- Idem en G. M. Kinget (1960) *Psychotherapie en menselijke verhoudingen.* Het Spectrum, Utrecht.
- Vaessen, M. L. J. (1963) *huisarts en wetenschap* 6. 2.
- Weyel, A. (1961) *Medische psychologie voor de huisarts.* Erven J. Bijleveld, Utrecht.