

De noodzaak voor de huisarts om psychotherapie toe te passen*

DOOR PROF. DR. L. VAN DER HORST TE AMSTERDAM

De ontwikkeling in de geneeskunde voltrekt zich in een merkwaardige richting: er is enerzijds een toenemende specialisering, waarbij het gevaar dreigt dat het zicht op de mens als geheel verloren gaat, anderzijds bestaat de neiging de mens te zien in het geheel van zijn verhoudingen. Daardoor wordt een centrale vraag aan de orde gesteld, namelijk of er in de geneeskundige benadering van de zieke mens plaats is zowel voor de natuurwetenschappelijke als voor de geesteswetenschappelijke methodiek. De huisarts wil de gehele mens helpen, wil hem bevrijden van de nood waarin hij is geraakt, afgezien van het feit of die nood uitsluitend wordt beleefd, of zich lichamelijk uitbeeldt.

Als gevolg daarvan krijgt de huisarts te doen met psychische en somatische problemen. Onder invloed echter van de enorme ontwikkeling der natuurwetenschappen is deze fundamentele grondgedachte in de geneeskunde eenzijdig geaccentueerd en prevaleert het lichamelijk onderzoek niet alleen in vele specialismen, maar ook in de huisartspraktijk.

Dit alles heeft grote invloed gehad op de betekenis en de waarde van de huisarts in de geneeskundige behandeling. Hij dreigt achter de triomfen van de medische specialismen te verdwijnen, terwijl zijn betekenis devalueert door de maatschappelijke verschuivingen in onze hedendaagse welvaartsstaat. De verhouding arts-patiënt verliest haar veelomvattende inhoud, daar medische en sociale adviesbureaus, gesteund door psychologen en sociologen, zich bewegen op het terrein waar de huisarts vroeger de vertrouwensman was.

En toch is de huisarts de persoon, die in de voorste linie staat zodra de nood van een mens uitmondt in het ziek zijn. Of dit ziek zijn samenhangt met een trauma, een infectie, een onduldbare krenking, dan wel of er sprake is van psychopathie, neurose of geestelijke stoornis, de huisarts is de eerste, die in deze nood om hulp wordt gevraagd.

Als reactie op het zakelijk en geperfectioneerd onderzoek in de verschillende specialismen zien wij in onze tijd een opmerkelijke terugkeer optreden, waarbij de huisarts de hem vanouds toekomstende positie herwint. Het ziek zijn wordt in de hedendaagse mensbeschouwing niet uitsluitend bepaald door anatomische afwijkingen en constateerbare functionele grootheden. Het kan zijn, dat een onderzoek in deze zin weinig positieve gegevens biedt. Toch komt men tot zijn huisarts in de verwachting

dat deze een antwoord heeft op de mededeling welke hij in de ontmoeting met de zieke ontvangt. De hedendaagse huisarts heeft hier een centrale plaats in het geheel van de behandeling. Het blijkt namelijk, dat er zich in de geneeskunde een merkwaardige pendelbeweging voltrekt, die aanvankelijk maar weinig werd opgemerkt, doch die zich thans onder velerlei aspecten, niet alleen in ons land maar ook in andere landen vertoont. Deze openbaart zich onder meer in datgene, wat men psychosomatische pathologie of anthropologische geneeskunde pleegt te noemen. Deze beide richtingen hebben dit gemeen, dat zij het geestelijke in de zieke mens naar voren halen: zijn individuele levensloop, zijn historische totaliteit. Dit vraagt een andere therapie dan een uitsluitend natuurwetenschappelijke.

Men heeft bij het probleem mens te doen met de geestelijke existentie van een bezielde lichaam. Is die existentie in nood, dan wordt van de huisarts hulp verwacht. Hij vraagt en onderzoekt in de wetenschap dat de ziekteverschijnselen geen profane dingen zijn. Zij zijn in het verwoorden van de klacht, in de lichamelijke symptomen en het begrijpende gesprek een specifiek medische aangelegenheid, waar de psychotherapie aangrijpt. Niet daden, ook woorden worden van de huisarts verwacht. Hij is de psychotherapeut par excellence. Hij zal het onderzoek van het lichamelijke nooit verwaarlozen, hij zal overeenkomstig zijn bevindingen handelen en spreken, maar vooral luisteren en zich bedienen van de taal.

De soevereine psychotherapie gebruikt als het wezenlijke het goed gekozen woord. Daartoe is nodig geduld voor het verstaan van de nood en tijd voor het begrijpende gesprek. Dit is een noodzakelijk element in de praktijk van de huisarts. De noodzaak voor de huisarts om psychotherapie toe te passen moet men niet zoeken in omstandigheden buiten het essentiële van zijn officium nobile. Deze specifiek therapeutische benadering behoeft niet gegrond te worden op overwegingen gelegen buiten het karakter en de structuur van de taak van de huisarts, waarbij de overspecialisering van de zenuwarts als motief zou kunnen worden gebruikt.

Een dergelijke motivering zou een vermindering betekenen van het meest wezenlijke in de taak van de huisarts. Hij zal natuurlijk in moeilijke gevallen consult vragen van een specialist, in casu de zenuwarts. Hij doet dit echter zo nodig op het gehele terrein van zijn medische werkzaamheden. Niemand zal ontkennen, dat meermalen hulp van de verloskundige specialist nodig kan zijn. Maar wanneer

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

een huisarts zelf de partus van zijn patiënte aanvaardt, dan wordt dat niet gezien als een noodzakelijkheid voortvloeiend uit de overspecialisering van de obstetricus of uit een tekort aan vroedvrouwen. Dat de medicus practicus zelf de verlossingen doet is inherent aan het gehalte en de waarde van zijn huisdokterschap.

* * *

Voor de psychotherapie geldt eigenlijk hetzelfde. Hoewel de meeste artsen na hun artsexamen, als zij ergens vervangen of een praktijk hebben overgenomen, bereid zijn ook alle ingeschreven partussen te doen, deinzen zij terug voor de psychotherapie: zij hebben weinig tijd, zij komen er niet aan toe, zij weten er geen raad mee, zij durven het niet aan. Vele huisartsen schromen om bewust psychotherapie toe te passen, hetzij omdat zij er niet in zijn getraind, hetzij om andere dieper liggende oorzaken. En toch past iedere huisarts onbedoeld en misschien onbewust, psychotherapie toe. Het gesprek dat hij voert, de invloed die er van hem uitgaat werken als een interactie. Het onderhoud dat hij met zijn patiënt heeft is als zodanig een psychisch moment, dat hetzij positief, hetzij negatief, in de behandeling een plaats krijgt. Dat behoeft ons niet te verwonderen. Ten eerste is de huisarts in het algemeen een vertrouwensman. In de tweede plaats wordt hij gezien als deskundige en dat brengt in de tussenmenselijke verhouding, patiënt-huisarts, een specifiek moment.

Laat de gecompliceerde psychogene toestanden en zware neurosen terzij en veronderstel, dat het somatisch onderzoek niet zomaar direct positieve gegevens heeft verschaft, dan gaat het in die ontmoeting tussen de huisarts en zijn patiënt om de psychische dynamiek in het contact. Hierdoor komen adequate gegevens aan de orde die betrekking hebben op de klacht waarmee de patiënt kwam of op de gestoorde functie, of althans op dat wat hem hinderde. De arts krijgt reeds tijdens de anamnese, tijdens zijn onderzoek, een tussenpersoonlijk contact, waarbij hij zijn inzicht verdiept. Dit exploreren is dikwijls tegelijk al een begin van psychotherapie. Het is een dynamisch psychosomatisch zich realiseren van wat voorhanden is, en daarbij een verbaliseren van dat eigenaardige tussenpersoonlijke dat in de interactie patiënt-dokter aanwezig is.

Eenvoudig is dit echter niet en menig huisarts zal wellicht, zodra het gesprek een zekere diepte krijgt, de hulp van de specialist inroepen, dit tot schade van zijn patiënt. Het is immers in de eerste plaats de huisarts die in zijn ontmoeting met de patiënt grote betekenis mag hechten aan de biografisch associatieve anamnese naast het onderzoek en de ordening van de symptomen als objectieve gegevens. Aan het begin van deze eeuw was de geneeskunde afkerig van zielsproblemen en daarmee hangt het samen, dat een deskundige ondervraging, een gesprek zoals dat in de psychotherapie moet worden opgezet, zo moeilijk vordert. Daarbij komt boven-

dien dat velen een zekere gêne hebben voor het blootleggen van innerlijke ervaringen. Dit geldt niet alleen voor de patiënt maar tot op zekere hoogte ook voor de huisarts. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de exploratie en analyse van het geestelijk leven weinig toegang kregen tot het ziekbed.

Dienovereenkomstig hebben bijvoorbeeld artsen en verplegenden zich bij voorkeur gericht tot het lichamelijke en werd het geestelijke als minder relevant niet geëxploreerd. Dit werkt in onze tijd nog door in de hogere waarde, welke wordt toegekend aan het A-diploma in de ziekenverpleging vergeleken met het B-diploma voor de geestes- en zenuwzieken. Er treedt echter thans een verandering op. In de neurosen heeft men de grote betekenis ontdekt van de levensgeschiedenis voor het ontstaan van de ziekte en tegelijk de waarde van het woord als therapie. Hier staat de arts voor de noodzaak de ondervraging zo te leiden, dat de biografische gegevens geen neerslag zijn van een emotievolle ontmoeting tussen arts en patiënt, doch een weergave van gezuiverde, fenomenologische levensgegevens, zoals die in het ziek zijn uitmonden.

* * *

Dit is de kern van het vraagstuk: psychotherapie door de huisarts. Met recht kan men vragen of dit behoort tot de taak van de huisarts dan wel van de specialist. In eenvoudige situaties moet de behandeling door de eigen dokter geschieden. Hetzij organisch, hetzij functioneel gestoord, de patiënt heeft recht op zijn huisarts. Deze kent hem in zijn milieu, geeft zijn daadwerkelijke belangstelling en kennis. Blijkt een geduldige milde psychotherapie nodig te zijn, dan kan hij dit zelf doen indien hij voorlichting en training heeft gehad. Hij moet door opleiding en nascholing voldoende kennis hebben van dieptepsychologie, geconditioneerde gedragsstructuren, medische psychologie en van de krachten en gevaren van de psychagogiek. Maar bij dreigende complicaties moet hij — evenals op elk ander terrein van zijn geneeskundige arbeid — op de specialist kunnen terugvallen. Daarmede komen wij tot de praktische moeilijkheden.

In een land als het onze, waar het ontwikkelingspeil een algemeen erkende hoogte heeft bereikt, is de geneeskundige behandeling en de medische hulp steeds meer gedifferentieerd en krijgen wij steeds meer specialismen. Dat betekent enerzijds een verder doordringen in de te bewerken materie, maar anderzijds ook een voortschrijdend splitsen van elk specialisme in subspecialismen. Spencers woord „Integration through differentiation” geldt met name voor de ontwikkeling van de psychiatrie. Wij hebben zenuwartsen nodig voor gestichten en sanatoria, voor adviesbureaus voor beroepskeuze en personeelsselectie, voor onze voor- en nazorg en voor de medisch opvoedkundige bureaus. Op het terrein van de forensische psychiatrie is nog een schrijnend tekort aan zenuwartsen. De bureaus voor gezins- en

huwelijksmoeilijkheden vragen de hulp van de psychiater. Kortom er is een enorme vraag naar zenuwartsen.

Niet alleen deze kwantitatieve uitbreiding, ook de psychotherapie als zodanig vraagt meer. Het werk van de zenuwarts in de inrichting, in het ziekenhuis en in de eigen praktijk heeft zich steeds meer verdiept met als gevolg overspecialisering. Men heeft slechts te letten op de langdurige behandelingen binnen het raam van de psycho-analyse en op de psycho-analytisch georiënteerde therapieën, om in te zien dat een zenuwarts als zuiver psycho-therapeut maar weinig patiënten kan behandelen. Daarbij komt dan nog dat in sommige psycho-therapieën de enige en intensieve à deux situatie de patiënt volledig concentreert op zijn conflicten en op de hem behandelende arts. Deze behandeling waarbij regressieve wensen en driften worden blootgelegd maakt de patiënt wel veel minder neurotisch, maar nog lang niet rijp voor het leven. Vaak komt hij hierdoor nog verder van het leven af te staan dan aanvankelijk in zijn neurose het geval was.

De zenuwartsen weten het en de hoogleraren in de sociale geneeskunde hebben het ons met statistieken overtuigend aangetoond: wil men op dit terrein voldoende hulp bieden dan zal het aantal zenuwartsen in ons land vertienvoudigd moeten worden. Reeds direct na de laatste wereldoorlog was dit inzicht aanwezig. In het begin der vijftiger jaren waren al onze universiteitsklinieken overvol met assistenten in opleiding. In de beide klinieken in Amsterdam waren meer dan vijftig assistenten die toen nog een driejarige opleiding hadden, hoewel wij een vierjarige nodig vonden. Deze driejarige opleiding was echter uit sociale overwegingen toegelaten omdat er een schrijnend tekort aan zenuwartsen was. Elk jaar werden enkele tientallen zenuwartsen aan de maatschappij afgeleverd. Al deze jonge artsen wisten reeds één of twee jaar voor het einde van hun specialisering waar zij hun plaats zouden vinden. Ook nu nog is in het specialisme neuro-psychiatrie een enorm tekort.

* * *

Wij kunnen hier geen oplossing zoeken door het opvoeren van het aantal opleidingsmogelijkheden. Wij kunnen het aantal zenuwartsen niet vertienvoudigen. Er moet anders gewerkt worden: de huisarts zal hier moeten helpen. Maar dan moet hij in zijn opleiding en eventuele nascholing daartoe ook worden toegerust. Dan moet hij, wanneer hij vastloopt, consult kunnen vragen bij de specialist, zoals hij dat ook doet wanneer hij op andere gebieden complicaties ziet. Daarvoor is echter nodig te weten wanneer er een complicatie dreigt. Ontdekt hij dat niet tijdig, dan komt hij in grote moeilijkheden, want het psycho-therapeutisch proces is een complex gebeuren, een behandelingssituatie, waarin door woord en wederwoord verheldering gegeven wordt, maar soms ook verwarring. Dat betreft voor-

eerst de klacht, het symptoom. In de ontmoeting met de dokter krijgt de klacht of de gestoorde functie het karakter ziek. Maar de dynamiek en het verloop van de interactie komen in de verhouding dokter-patiënt in een bijzonder klimaat.

Wij moeten bedenken dat in het gesprek tussen dokter en patiënt weliswaar niet altijd, maar toch meermalen onvermijdelijk een opheldering omtrent iets aan de dag treedt. Misschien een zuivering omtrent de verhouding patiënt-dokter; misschien ook een opheldering bij de dokter. In het algemeen is het niet de bedoeling dat de huisarts al het „oud-emotioneel zeer”, complexen, traumata en onvermoede relaties te voorschijn haalt, misschien soms, maar het centrale is, dat hij verheldert, dat er een herhaald pogen is om dat wat aan de orde is te verbaliseren. Het leven vraagt niet dat een mens expliciet met zijn beleving bezig is, maar dit geschiedt wel in de verhouding huisarts-patiënt. Het erover praten brengt verscheidene factoren en aspecten naar voren met belevingsbetekenissen, patronen, die kunnen worden afgetast, sommige niet of moeilijk onder woorden te brengen en alleen maar aangeduid, sommige bespreekbaar.

Enkele patiënten hebben niet alleen een gêne, maar zelfs een afkeer van het gesprek met hun huisarts, zodat dit onmogelijk wordt. Met voldoende aanleg en ambitie, geadviseerd door een zenuwarts, kan en mag de huisarts echter zijn zorg uitbreiden ook over de psychisch gestoorde, die uit een kliniek zijn ontslagen of onder de zorg van een officieel bureau hebben gestaan. Daarvoor is het nodig dat hij tijdig een juist en zakelijk bericht krijgt omtrent de bevindingen in de kliniek of op het bureau opgedaan en tevens over wat er verder van hem wordt verwacht. Hij kan, mits tijdig voorgelicht, zijn bemoeiingen laten gaan over mentale, emotionele of verslavingsproblematiek. In het psycho-sociale kader, waarin hij zijn patiënt ziet, zal hij met geduld en vanuit een juiste dispositie niet alleen in een zakelijke opbouw, maar ook in een sociaal-psychische benadering trachten te helpen. Eenvoudig is dit niet. De huisarts kan veel gemakkelijker excretieproducten van zijn patiënt krijgen dan een goed gesprek. Een zekere training, een bepaalde aanpak is nodig om een behoorlijk interview op te zetten.

Er zijn mensen, en dat geldt vooral voor „the man in the street”, die menen, dat het hierbij gaat om een gewoon gesprek en dat men zo'n onderhoud, zulk een biografisch associatief gesprek, kan rekken zolang men wil. Dat is niet juist: daarin is een grote variatie, afhankelijk van persoon, leeftijd, ontwikkelingsniveau en de aard van het lijden. De psychotherapie van de bejaarde duurt in de regel niet meer dan twintig minuten per zitting. De frequentie is doorgaans niet meer dan twee keer per week. De duur en de frequentie kunnen ook verschillen van geval tot geval. Het is niet zo, dat de arts aan zo'n gesprek, aan „zo eens een uurtje praten”, geheel willekeurig een half uur, een uur of een hele avond kan besteden.

Onze behandeling is in dat opzicht te vergelijken met een „chirurgische” psychotherapie, waarbij voor elke ingreep een bepaalde tijd wordt gevraagd. Het interview heeft zijn optimale grenzen, maar het heeft ook, gelijk sommige medicamenten, zijn letale dosis. In de interview-behandeling zoeken wij voor elk geval de therapeutische dosis.

Bijna iedere huisarts wordt er toe genoodzaakt de behandeling te bekorten, hij heeft immers weinig tijd. Het is niet eenvoudig om vast te stellen wat de optimale dosis is, daarvoor is training nodig. Deze kon in het verleden aan de universiteiten nauwelijks worden verkregen. Weliswaar wordt in verschillende klinieken tijdens de co-assistentenschappen de gelegenheid gegeven zich te oefenen in de gesprekstechniek, terwijl ook in de klinische cursussen en demonstraties de ontmoeting met de patiënt en het interview een belangrijke plaats hebben. Diegenen echter, die in de discussiegroepen van het Nederlands Huisartsen Genootschap zich thans op deze wijze trachten te trainen, hebben ervaren hoeveel moeilijkheden hier liggen en hoe heel veel meer er nog te trainen valt, meer dan tijdens de co-assistentenschappen ooit kon worden gedaan. De betekenis van een interview en van de biografische methode voor diagnose en therapie, wordt thans met name in het Huisartsen Genootschap en voor zover ik de Boerhaave-cursussen heb gevolgd ook daar, steeds meer erkend.

Het is een merkwaardig verschijnsel dat de hedendaagse natuurwetenschappelijk gevormde artsen, gedrenkt met het natuurwetenschappelijke rationele denken vanaf de middelbare schoolopleiding tot aan het artsexamen, thans het incomplete daarvan ervaren en behoefte hebben aan de hulp van de gesprekstherapie. Het hangt niet alleen samen met onze natuurwetenschappelijke school- en universitaire opleiding dat het zo moeilijk was om zich in deze richting te oriënteren. De menselijke geest heeft in zijn specifiek vermogen van natuurwetenschappelijk rationeel denken — in de woorden van Prof. Pos „het pronkjuweel van de Westeuropese beschaving” — een rijkdom aan cultuur voortgebracht, welke tot op zekere hoogte dreigt verloren te gaan wanneer hetgene, dat daarin is verdisconteerd, zou worden teruggedrongen.

Het is dan ook heel goed te begrijpen dat er nog overal een grote weerstand van de kant van internisten, van chirurgen, maar ook van de huisartsen wordt ondervonden wanneer wij het accent verleggen naar het interview en de psychotherapie. Te meer echter klemmt de vraag, wat dan toch de grote waarde mag zijn van het interview. Het is een boeiende opgave te omschrijven wat wij eigenlijk bedoelen met een biografisch-associatieve anamnese en wat zich in de psychotherapie van de huisarts voltrekt.

Erwin Strauss heeft reeds enige tientallen jaren geleden in zijn buitengewoon mooi boek „Wesen und Vorgang der Suggestion” erop gewezen, dat altijd bij elke ontmoeting, in elk gesprek, in elk

woord, zich meer voltrekt dan zakelijk daarin is vervat. Vooreerst heeft de verhouding tussen twee personen een vaak dominante betekenis, maar bovendien is daar het coloriet van het gezegde, zoals dat ongewild optreedt afhankelijk van de persoon die het zegt. Omtrent de tussenmenselijke verhoudingen weten wij dat voor het jonge kind iets waar is als moeder het maar zegt. Wij kennen allen uit de dagelijkse ervaring de verhouding van het woord tot de persoon van wie het gezegde uitgaat. Wanneer tijdens het luisteren naar een radioreportage er plotseling vreemde geluiden uit het toestel komen die wij niet thuis kunnen brengen en een aanwezige, die wij kennen als een aan de werkelijkheid onttrokken kamergeleerde, zegt: misschien vliegt een vogel op de antenne, dan horen wij dat aan zonder verder commentaar; maar als een op dit gebied zeer deskundig ingenieur zegt: dit ligt niet aan het apparaat, dit moet in de antenne zitten, dan aanvaarden wij dat.

* * *

Hier raken wij aan het specifieke van de verhouding tussen de huisarts en zijn patiënt. De patiënt komt tot zijn dokter, door hem gekozen als zijn huisarts, toen hij nog gezond was. Van deze huisarts verwacht hij in bepaalde omstandigheden hulp en in het gesprek dat deze huisarts met hem heeft staat de patiënt in alle ontvankelijkheid tegenover zijn dokter.

In zijn psychotherapie heeft de huisarts veel voor op de specialist. Hij zal zijn patiënt niet in de steek laten, hij gaat niet van zijn patiënt weg, hij zegt niet op een bepaald moment dat het contact nu wordt beëindigd. Ook al is de patiënt genezen, de huisarts blijft zijn dokter. De specialist beëindigt zijn taak. Dat doet een huisarts nooit. Een huisarts blijft altijd present, blijft het gezin kennen, is de vertrouwensman ook tijdens niet uitgesproken ziektedagen. In de tweede plaats ziet de huisarts zijn patiënt niet alleen in de spreekkamer, op het spreekuur, maar hij ziet zijn patiënt ook op straat, in het gezin, in de bioscoop, in de kerk, in vergaderingen en in allerlei andere situaties.

In de derde plaats ziet hij hem niet alleen zoals hij zich beweegt, maar ook zoals hij op de onderzoektafel ligt, zoals hij in alle hulpeloosheid uit de gewone levensgang is gestoten. Hij ziet hem zoals hij zich ontkleedt, overlevert. Hij kent de verborgenheden in het lichamelijke met alle gevaren welke daaraan verbonden zijn, maar hij beseft tevens de voordelen welke dit met zich mede brengt. Het is frappant wat men tijdens het onderzoek als „toevalligheden” verneemt. Belangrijke gegevens, die bij een onderhoud niet naar voren kwamen, worden tijdens het lichamenlijk onderzoek, bij het aanleggen van een stuwband of het onderzoek naar de reflexen, gemakkelijker uitgesproken, waardoor men verschillende gegevens verkrijgt die voor de verdere behandeling waardevol zijn.

* * *

Tenslotte heeft de huisarts het voordeel dat hij de hetero-anamnese heeft, hij kent de familie. Dit alles is van een enorme betekenis, het zijn voordelen welke de psychiater-psychotherapeut in het algemeen niet heeft.

In sommige opleidingscentra wordt een gesprek met echtgenoot of familie opzettelijk afgewezen. De huisarts is in zijn behandeling meer sociotherapeut dan arts voor de geïsoleerde mens. Het kan voor sommige patiënten nodig zijn hen tijdens de therapie terug te brengen tot een nulpunt, vanwaar zij aan de hand van de psychotherapeut opnieuw hun leven moeten opbouwen, ongeacht de sociale consequenties. De psychoanalyse had — evenals de antropologie van Heidegger — in haar oorspronkelijke opzet de enkeling als zodanig tot object. Op deze extreme techniek kwam reactie van de kant van de therapeuten zelf, onder anderen van Erich Fromm, maar ook van wijsgerig antropologische zijde, zoals van Martin Buber. De huisarts zal zo nodig niet nalaten familieleden en bekenden in zijn behandeling te betrekken. Daartegenover staat dat de huisarts in zijn gespreksbehandelingen niet altijd het inhoudelijke gebeuren dat daar aan de orde komt behoeft te verklaren.

Hij behoeft zelfs niet eens te spreken over het feit dat er een psychotherapie gaande is, als hij zichzelf maar bewust is van het feit dat er iets gebeurt bij zijn patiënt en bij hemzelf. Hij moet wel weten dat in de psychotherapie voor het op gang brengen van het contact, een ermee vervuld zijn een essentiële voorwaarde is. Hij moet ook beseffen dat hij tijdens het gesprek de omgang van zichzelf met de patiënt en de omgang van de patiënt met hem, de dokter, wel degelijk op de achtergrond van zijn weten moet houden. Dit alles is neergelegd in de verschillende technieken van de diverse grote therapieën.

Iedere therapeutische school heeft zijn eigen spelregels om de interactie, het onderhoud tussen arts en patiënt, van uit bepaalde theoretische veronderstellingen te doorlichten. Dientengevolge krijgen de verschillende richtingen ook uiteenlopende gegevens.

Het bezitten van die kundigheid, het kennen van dit alles, is voor de huisarts niet mogelijk. Een te grote deskundigheid op dit gebied is voor de huisarts soms een twijfelachtige zaak omdat hij nooit volledig deskundig kan zijn. Men kan hieraan on-

middellijk de vraag toevoegen of een te grote deskundigheid op een bepaald gebied soms niet tot een verwijdering van de eenvoudige waarheden van het leven kan leiden.

De huisarts staat dicht bij die eenvoudige waarheden, hij staat midden in de werkelijkheid en hij heeft in zijn psychotherapie dan ook machtige mogelijkheden. Hij is niet alleen de vertrouwensman voor deze patiënt, die tot hem komt, maar ook voor diens gehele gezin. Hij staat midden in het leven van zijn patiënt en hij distantieert zich niet van de vragen van alle dag. Maar dat betekent tevens dat de huisarts, die de psychotherapie hanteert, een moeilijke positie heeft. Hij wordt gezien als de deskundige, ook op een terrein waar hij zich krachtens zijn medische opleiding maar amper deskundig weet. Hij is opgenomen in de dynamiek van mensbeschuwelijke problemen en de bewogenheid van het leven van zijn patiënten. Hem worden vragen gesteld, welke hij krachtens zijn beroep niet kan beantwoorden; hij is geen heilbrenger, geen zielszorger, geen profeet en toch is zijn macht groot. Hij beslist over ziekte of gezondheid. Hij kent de verborgenheden in gezinnen welke hij behandelt. Het is niet gemakkelijk om als huisarts psychotherapie te hanteren, de voldoening is echter groot. Hij zal een patiënte met nerveuze anorexie niet van de ene specialist naar de andere sturen maar òf regelrecht naar de zenuwarts òf misschien zelf de patiënte gelukkig maken door haar te wijzen op het moment waarop haar vermagering begon. Hij heeft bovendien als dokter van het gezin op de specialist vóór, dat hij ook het gezin waarin de wat langdurig zieke leeft, ontmoet. Dit zijn dan zogenaamde gezonde mensen, maar zij vormen door hun eerzucht en angst, hun zorgen en verdriet, hun begeerten en resignatie een krachtenveld dat zijn invloed heeft op het eventueel slagen of niet slagen van zijn therapie. Onverwachte successen, maar ook vaak een spontane rechute kunnen dan blijken samen te hangen met de structuur van dat krachtenveld.

De psychotherapie, welke de huisarts beoefent, maakt dat hij een van de werkelijk machtige figuren is ten aanzien van de gezondheid van de enkeling en van het gezinsleven. Een huisarts zonder psychotherapie is niet denkbaar. Het is de adeldom van het officium nobile.