

Over „gesprekstherapie“*

DOOR PROF. DR. H. C. RÜMKE

Het geven van psychische hulp is een belangrijke taak van de huisarts. Deze taak heeft hij bij al zijn patiënten te vervullen, ook bij zieken met ernstige lichamelijke afwijkingen. De goede huisarts weet dit. Het is begrijpelijk dat hij daarom de behoefte gevoelt zoveel mogelijk van de psychische therapie te weten. Hij klaagt dat hij tijdens zijn opleiding en ook daarna te weinig gelegenheid heeft zich daarin te bekwamen. Deze klacht is gegrond. Daarom juich ik het toe dat zovele huisartsen op deze cursus aanwezig zijn. Ik acht het een voorrecht een bijdrage te mogen leveren. Toch zijn mijn gevoelens ten opzichte van „psychotherapie voor de huisarts” gemengd. Ik zal beginnen mijn „moeilijkheden” te noemen.

Nadat vele jaren lang de psychische factor in het ontstaan van ziekte-toestanden werd onderschat, is er thans een niet te ontkennen overschatting. De gevolgen van de onderschatting waren ernstig, de gevolgen van de overschatting kunnen zeer ernstig zijn. Veel huisartsen zijn gefascineerd door de mogelijkheid van een psychische ontstaanswijze van ziekten. Deze fascinatie kan echter zo groot worden dat zij het onderzoek naar de lichamelijke stoornis dreigen te verwaarlozen. Deze houding wordt maar al te dikwijls gezien, niet alleen bij huisartsen, maar ook bij psychiaters en ik voel het als mijn plicht tegen deze fascinatie te waarschuwen. Met psychotherapie kunnen zelfs specialisten dikwijls het gewenste doel niet bereiken. De mogelijkheden van deze therapie, hoe belangrijk ook, zijn beperkt en dikwijls moeilijk te schatten. Wij weten lang niet altijd waarom een therapie soms wel slaagt en soms niet. Hier ligt nog een groot terrein voor onderzoek braak.

Sommige psychotherapeuten willen dit begrensd zijn van de psychotherapie niet zien. Zij zeggen: wanneer wij ons deze begrensdheid bewust worden, verliezen wij ons enthousiasme en daardoor onze therapeutische kracht. Dit behoeft zeker niet zo te zijn. Een goed arts weet dat ook een gedeeltelijk slagen van een therapie voor de patiënt van het hoogste belang kan zijn. Wanneer door onze behandeling het leven van een patiënt dragelijker wordt en hem de mogelijkheid wordt geboden zijn sociale taak te blijven vervullen, dan is dit zeker de moeite waard. De geneeskunde kan in veel gevallen niet zo heel veel méér. Er is geen reden dit wel van de psychotherapie te verwachten. Het is een merkwaardig feit dat van de psychiater of van de psycho-

therapeut meer wordt geëist dan van enig ander arts. Zijn wij hier zelf schuldig aan? Beloven wij te veel? Zéker is dat wij nooit genezing mogen beloven. Dit alles mag ons niet te sceptisch maken. Wij moeten soms het onmogelijke willen om het nog net mogelijke te bereiken.

* * *

Een ander punt dat mij zorg geeft is het volgende: niet weinig huisartsen komen tot psychotherapie ten gevolge van zelf doorgemaakte conflicten. Deze kunnen van velerlei aard zijn: bijvoorbeeld huwelijksproblemen, addictie, perversiteit. Het is zeker niet denkbeeldig dat de wijze waarop de huisarts, met of zonder hulp van een psychiater, de eigen conflicten heeft gepoogd op te lossen, een beperkende invloed kan hebben op de behandeling van de conflicten van zijn patiënten. Natuurlijk kunnen goed verwerkte eigen moeilijkheden de therapeutische capaciteit soms verhogen. De huisarts (ook de psychiater-psychotherapeut) heeft zich terdege af te vragen of hij zelf ver genoeg is gekomen met deze eigen verwerking om de behandeling van de moeilijkheden van anderen op zich te kunnen nemen. Leg deze waarschuwing niet uit in den zin: de spreker is dus eigenlijk tégen psychotherapie door de huisarts. Ik zeg daarom nu reeds kort en duidelijk het is goed en wenselijk dat de huisarts psychische therapie beoefent. Er is niets tegen dat hij dit „psychotherapie” noemt. Van „psychotherapie” spreek ik zodra psychische beïnvloeding doelbewust ter behandeling wordt toegepast.

Ik heb in de laatste jaren vrij veel ervaring kunnen opdoen met de gesprekstherapie. Als hoogleraar in de psychiatrie heeft men niet meer de tijd voor het toepassen van de grote psychotherapeutische procedures: de psycho-analyse in engeren zin. Men gaat dus die patiënten behandelen bij wie men meent met de zogenaamde korte therapie, de gesprekstherapie, iets te kunnen bereiken. Deze therapie blijft soms beperkt tot een reeks van bijvoorbeeld vijf tot twintig gesprekken, soms moet de behandeling toch jarenlang worden voortgezet, zij het met veel grotere intervallen dan bij de zogenaamde „lange therapieën” gewoonte is. Het komt mij voor dat ook voor de huisarts de gesprekstherapie de aangewezen vorm van therapie is. Wat de huisarts met de wijsheid, die hij naar ik hoop bezit, en met warm medeleven in gesprek kan bereiken is reeds zeer veel. Wijsheid en medeleven moeten er zijn. Door goed gefundeerde kennis van psycho-

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

therapie kan hij zijn resultaten nog aanzienlijk verbeteren.

* * *

Wat is gesprekstherapie? „Gesprek” is een mode-woord. Overal in ons land zijn gesprekscentra. Ik heb iets tegen dit woord, hetzelfde wat ik tegen het woord ontmoeting heb. Beide woorden dienen voor het zeer speciale, het zeer bijzondere, ik zou haast zeggen het „sublieme”, bewaard te blijven. Een „gesprek” kan alleen op voet van gelijkheid en wederkerigheid worden gevoerd. Deze voorwaarde is in de gesprekstherapie niet vervuld. Natuurlijk moet in het psychotherapeutische gesprek de een zich niet boven de ander verheven voelen. In diep menselijke zin staan zij op voet van gelijkheid, maar bij elke therapie is de dokter, hoe open hij voor de ander ook staat, de leiding gevende, ook al blijft hij discreet quasi passief. Er moet distantie zijn.

Toch wordt het woord gesprekstherapie niet ten onrechte gebruikt. Dokter en patiënt voeren een gesprek of gesprekken. Natuurlijk moet de arts aan enkele eisen beantwoorden wil de behandeling slagen. Deze eisen zijn niet conditiones sine qua non. Het kan zijn dat de arts aan alle eisen beantwoordt doch door iets ondefinieerbaars in zijn persoonlijkheid niet slaagt. Het kan zijn dat hij schijnbaar aan geen van de eisen voldoet en toch door iets, dat niet te beschrijven is, het gestelde doel wel bereikt.

Enkele minimumeisen zijn de volgende: 1 De dokter moet het vermogen hebben te luisteren, hij moet het geduld hebben iemand zich werkelijk te laten uitspreken. Hij mag niet onmiddellijk met een oordeel komen. 2 Hij moet de ander kunnen accepteren zoals hij is, alhoewel dit accepteren niet een adhesiebetuiging mag inhouden met alles wat de patiënt doet en zegt. Dit is een belangrijk punt. Let de arts hier niet op dan wordt hij in de conflicten van zijn patiënt als „partij” betrokken. 3 Hij moet zonder zich op te dringen leiding kunnen geven aan het gesprek. 4 Hij mag zich niet laten overbluffen door zijn patiënt.

Dit laatste lijkt gemakkelijker dan het is. Soms komt het tot een „narcistisch” elkander zogenaamd begrijpen. De patiënt streeft de ijdelheid van de dokter door zijn bewondering te uiten voor diens kunde, begrip en menselijkheid. Soms merken wij niet dat wij door deze wijze van vleien gevangen worden genomen. Dit is dikwijls, bewust of onbewust, de bedoeling van de patiënt. De dokter gaat, als hij niet al te zeker van zichzelf is, de patiënt „sparen” om niet van zijn voetstuk te vallen.

Iets anders is ook mogelijk: de patiënt wil al prijzend tegelijkertijd vernederen: de dokter kan hem niet begrijpen, de dokter is te wijs, te evenwichtig, te goed om „ons soort” te begrijpen. Tegelijkertijd wordt de arts dan duidelijk gemaakt dat het leven van de patiënt veel rijker geschakeerd en ondanks alle schijn veel meer waard is dan dat van de dokter, die maar een gewoon mens is. De behandelend

arts moet dit alles met een innerlijke glimlach aan kunnen horen, er het zijne van denken en zich niet laten verleiden de patiënt te overtuigen dat hij heus niet zo evenwichtig, zo goed, enzovoort, enzovoort is.

Dit zijn slechts enkele van de te stellen eisen. Men zou zich nog kunnen afvragen welke betekenis de leeftijd van de dokter heeft. Het belang daarvan is geringer dan men in het algemeen wel denkt. Een jonge dokter die weet wat hij wil en toch bescheiden is, kan zeer goed oudere mensen vertrouwen geven en goed behandelen. Het omgekeerde is soms moeilijker. De oudere dokter moet bij een veel jongere patiënt diens menselijke waardigheid onaangetast laten. Slechts uiterst zelden is het leeftijdsverschil een onoverkomelijk bezwaar. In dat geval moet de arts de moed hebben de desbetreffende patiënt naar een oudere of jongere collega te verwijzen.

* * *

Het begin van de gesprekstherapie. Het eerste gesprek is in mijn ervaring niet het moeilijkste. Het moeilijkste is, nadat de patiënt zegt alles te hebben verteld, de volgende gesprekken op gang te brengen en deze vervolgens vruchtbaar te ontwikkelen. Het eerste gesprek is dikwijls beslissend voor het winnen van het vertrouwen. Wat kan de arts van het gesprek verwachten? Niet dat hij de conflicten van de patiënt kan oplossen, wel dat hij de patiënt kan helpen zelf tot een oplossing te komen of diens visie op de problemen te veranderen. Dikwijls zegt de patiënt „U kunt mijn omstandigheden toch niet veranderen”. De dokter zal dan antwoorden „niet de omstandigheden maar misschien wel uw inzicht, misschien kan ik u helpen uzelf te veranderen.”

Misschien lijkt het overbodig dit te zeggen, maar de patiënt komt, onafhankelijk van wat hij zegt, in de verwachting dat de dokter alles voor hem goed zal maken. Zelfs al komt hij met een gezicht dat duidelijk zegt: „knap als u iets voor mij doen kunt, ik kom alleen omdat ik geen kans wil hebben verzuimd.” Ik zou uren kunnen besteden met het beschrijven van wat zich afspeelt in het eerste gesprek. Mijns inziens is het belangrijkste dat de patiënt in contact treedt met een ander mens, die hem zonder te oordelen of te veroordelen aanhoort. Hier van gaat een grote ontspannende en versterkende invloed uit. Ieder die door een voor hem onoplosbaar conflict of door de daarmee samenhangende verschijnselen, zoals slapeloosheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid, angstgevoelens wordt gekweld, is gestremd in dat merkwaardige gebeuren dat wij zijn ontwikkelingsgang, zijn „stromend-zijn” plegen te noemen en in zijn communicatie met anderen. De uitdrukking „ik kan niet verder” of „ik kan niet voort” of sterker „ik heb geen toekomst” wijst daarop. Deze stoornis leidt altijd tot vereenzaming, tot het verbreken van tussmenselijke relaties. Ik geloof niet dat er één psychische stoornis is, die niet de relatie tot de ander stoort en de ander veran-

dert. Dit maakt de eenzaamheid des te groter. De beste stimulans voor het weer in gang komen van deze „stroming” is het geslaagde gesprek.

Wanneer de patiënt bij de dokter komt en hij kan werkelijk praten over de dingen die hem bezig houden, dan ontstaat er een tussenmenselijke relatie waarin hij begrepen en aanvaard wordt. Niet dat alles goed wordt gevonden. De dokter laat zonder oordeel of veroordeel hem de mens zijn die hij is. Voor velen is dit een grote gebeurtenis, niet zelden is het de eerste maal, dat zij dit op volwassen leeftijd doormaken. De in wezen gezonde mens kan soms door een enkel intensief gesprek een grote bevrijding ondervinden.

De volgende factoren zouden volgens mij in de gesprekstherapie genezend kunnen werken: het leven wordt weer „stromend”, er daagt door de relatie met een ander, de medicus, een nieuw inzicht in eigen bedoelingen en motiveringen. Een moeilijkheid verliest bijna altijd aan kwellende werking wanneer zij helder onder woorden wordt gebracht. In verdere gesprekken kan het tot een beleven komen van de eigen karaktertrekken die in het conflict een rol spelen. Dit kan bevrijdend werken en vooral ook het begrip bevorderen voor de „tegenspelers”. Liggen de obstakels niet te diep verborgen, dan kunnen deze gesprekken op zichzelf al baat geven. In het eerste gesprek moet de arts vooral bij patiënten die zeer geëmotioneerd zijn, regulerend weten in te grijpen. Hij moet daarbij niet te veel in eens willen, maar zich een oordeel vormen over de draagkracht van de patiënt en over diens echtheid. De dokter moet het meestal niet bij één gesprek laten. De patiënt moet gelegenheid hebben op iets dat hij gezegd heeft, terug te komen. De dokter moet de uitwerking van het voorafgeane gesprek beoordelen.

* * *

Enkele gesprekken zijn gevoerd. De huisarts evenals de psychiater moet trachten met een zo gering mogelijk aantal gesprekken uit te komen. De praktische motieven zijn duidelijk genoeg: tijd en geld. Dit is echter niet het belangrijkste. Voor het zelfvertrouwen van de patiënt is het beter dat hij niet het gevoel krijgt: de dokter wil mij bij de hand nemen. Het kan ook zijn dat de patiënt dit juist te zeer verlangt. Het is een kunstfout niet méér te geven wanneer dit werkelijk nodig is. Twijfelt de arts, dan kan dit het ogenblik zijn om een psychiater te raadplegen, bij voorkeur de psychiater met wie hij geregeld samenwerkt. Dat een dergelijk consult de relatie huisarts-patiënt zou kunnen storen, is slechts zeer gedeeltelijk waar. Dit hangt sterk af van de geconsulteerde psychiater. Een voorwaarde is dat huisarts en psychiater elkander kunnen waarderen. Ik neem aan dat de dokter zelf doorgaat met de gesprekstherapie. De patiënt heeft zijn moeilijkheden verteld, hij heeft een overzicht gegeven van zijn biografische anamnese. Het gesprek schijnt te stok-

ken. Het gevaar bestaat nu dat gedurende een gedeelte van de tijd over betrekkelijk onbelangrijke gebeurtenissen zal worden gesproken. Dit is het punt waar de arts overgaat op de zogenaamde thematische gesprekstherapie.

* * *

Thematische gesprekstherapie. De dokter kiest uit alles wat hij tot dusver van de patiënt heeft gehoord een thema; dit thema werkt hij met de patiënt door. Later neemt hij wellicht een ander. In mijn eigen gesprekstherapieën zijn in het laatste jaar de volgende themata met goed gevolg besproken:

De polaire bouw van de menselijke persoonlijkheid. Hierbij heb ik veel nut gehad van de beschouwingen van Alexander en French. Vele mensen die in conflict zijn, ik denk nu niet aan de diep neurotische mens, maar aan de fundamenteel-normale, dikwijls krachtige figuren die in de wereld iets hebben bereikt, weten heel weinig van het eigen leven. Deze onwetendheid is voor ons, die altijd met het innerlijke leven te maken hebben, dikwijls verbaazingwekkend. Bij deze mensen kunnen, wanneer zij intelligent zijn, soms in enkele gesprekken blinden worden opengestoten waardoor zij in korte tijd tot inzicht in zichzelf komen. Dit heb ik vooral bij het thema „polariteiten” ervaren. Het meest ter sprake kwamen: activiteit en passiviteit, trots en deemoed, onafhankelijkheid en afhankelijkheid, expansie en restrictie, extraversie en introversie, liefde en haat, tederheid en agressie. Minder voorkomend, maar soms een uitstekend uitgangspunt voor een bespreking, zijn: realisme en romantiek en vooral: burger en bohémien. Tenslotte een enkel woord over geloof en twijfel, maar dit is eigenlijk geen polariteit.

Natuurlijk hebben de genoemde polariteiten alle met elkander te maken, maar de ene is in een gesprek soms meer toegankelijk voor het onderwerp activiteit en passiviteit dan bijvoorbeeld voor trots en deemoed.

Soms kan men de patiënt er op wijzen, dat het voor ieder mens van het grootste belang is het voor hem optimale evenwicht te vinden tussen de in hem werkende polaire krachten. Wanneer hij dan vraagt: wat daarmede bedoeld wordt, dan som ik wel eens alle bovengenoemde polariteiten op. Dikwijls voelt de patiënt zich door een ervan het meest aangehaakt. Het treft mij altijd weer wat een rust het geeft te horen dat men niet persé actief, onafhankelijk en realistisch behoeft te zijn. In het geïdealiseerde eigen beeld (Karen Horney) komt bijna altijd slechts een van de polen in het bewuste leven tot uiting. Velen willen een „flink” mens zijn: altijd actief, onafhankelijk enzovoort. Vraagt de dokter aan de patiënt of hij nu nooit eens helemaal passief wil zijn, eens echt afhankelijk, dan volgt dikwijls een lang gesprek. Sommigen hebben het geïdealiseerde beeld dat een diep mens geïntroverteerd behoort te leven. Zij zijn verbaasd wanneer de dokter hen wijst op de duidelijke behoefte aan extraversie.

Nu een enkel woord over burger en bohémien. De meesten hebben voor de burger gekozen, zij willen realistisch zijn, maar onbewust, soms ook bewust, is er een hunkering naar de vermeende vrijheid van de bohémien, naar de vrijheid van het romantische. Soms komt dit tot uiting in voor de omgeving nauwelijks te begrijpen daden. Het meest zag ik dit bij mannen op middelbare leeftijd. Simenon is een meester in het beschrijven van mannen die zich uit de burgerlijke ordeningen willen losmaken. In het werk van Thomas Mann is dit motief in talloze variaties te vinden.

Het is noodzakelijk in deze gesprekken niet aan het religieuze voorbij te gaan. De problemen rondom geloof en twijfel spelen soms een grotere rol dan men denkt. Zowel de religieuze als de zogenaamd niet-religieuze mensen kunnen door problemen uit deze sfeer worden gekweld. Laten wij niet vergeten dat tegenwoordig religieuze strevingen en gevoelens meer worden verdrongen dan zinnelijk-seksuele.

* * *

Voor een diepergaand gesprek kan een andere reeks intreepoorten worden genoemd. De seksueel-erotische problemen zijn natuurlijk bekend genoeg. Toch blijkt altijd weer dat een gesprek over de zo noodzakelijke versmelting van het grof-zinnelijke en de psychisch-erotische vertedering, vruchtbaar kan zijn. Dikwijls blijven deze strevingen gescheiden. Het is van belang dat de arts zich in de hiermede samenhangende problemen verdiept. Het is niet waar dat dit probleem voor de moderne mens niet meer bestaat. Dit is mij onder andere duidelijk gebleken in gesprekken met Amerikaanse jonge mensen. Het is erger dan ooit.

Een gesprek over schuldgevoel is altijd belangrijk, niemand is geheel zonder schuldgevoel. Altijd weer blijkt hoe moeilijk het is tot een aanvaarding te komen van het eigen zelf met al de goede en slechte trekken die men bezit. Altijd weer stuit men op het misverstand: wanneer ik mijzelf aanvaard dan laat ik alles toe, dan heb ik geen rem meer. Het omgekeerde is dichterbij de waarheid. Ook is het van belang te leren onderscheiden tussen volwassen en infantiel schuldgevoel. Het is altijd goed in het thematische gesprek de door Adler zo helder beschreven conflicten te behandelen. In verband hiermede kan men de sociale status van de patiënt met hem bespreken, de plaats die hij inneemt in een hiërarchisch verband; zijn sociale aspiraties, zijn teleurstellingen. Denk niet dat de patiënt van zelf met dit alles komt, zeker niet met zijn teleurstellingen, wanneer hij in de ogen van de dokter een geslaagd man wenst te schijnen.

De inzichten van Adler, Künkel en van Karen Horney liggen veel dichterbij het direct beleefbare dan de door Freud en Jung blootgelegde verbanden. Karen Horney's concept „het geïdealiseerde eigen beeld” kan het onderwerp van vele gesprekken worden.

Ter verrijking van de gespreksthematica laat ik sommige patiënten dromen opschrijven. Ik behandel deze dromen niet analytisch. Wanneer de patiënt vraagt: waarom wilt u mijn dromen weten, terwijl u er zo weinig over zegt, dan antwoord ik: voor mij zijn ze de temperatuurlijst van uw binnenleven. Wanneer men soms alleen maar parafraseert wat de patiënt in de droom mededeelt, wanneer men aan de rolverdeling aandacht schenkt, wanneer men er op let of de dromer in zijn droom actief is, lijdend voorwerp of alleen maar toeschouwer, dan is er onmiddellijk stof tot gesprek. Voor de arts die gesprekstherapie beoefent is het van belang op de hoogte te zijn van de typische conflicten die aan de levensstijlperken verbonden zijn. Deze zijn vrij uitvoerig beschreven in mijn „Levensstijlperken van de man”. Enkele typische conflicten van de vrouw zijn in mijn Psychiatrie deel I aangegeven.

Met een kort overzicht van het thematische gesprek met bejaarden wil ik deze paragraaf besluiten. Van groot belang is hier het identiteitsprobleem. Heeft de gepensioneerde mens zich vereenzelvigd met zijn beroep, of dit nu generaal, hoogleraar of postbode is, dan heeft hij na zijn pensionering het kwellende gevoel niets meer te betekenen. Een goede huisarts kan hier profylactisch werkzaam zijn. Een ander belangrijk punt is de verandering in de structurering van tijd en ruimte, wanneer men niet meer werkt. De dagen krijgen eenzelfde gezicht, de vakantie verliest aan betekenis. Er kan een wachten ontstaan op het einde. Daarom is het goed een doel te hebben „voor over enige jaren”, dan wordt dit, en niet het uiteindelijk sterven, de horizon in het tijdsbeeld.

De „ruimte” krimpt in. De man die gewend was dagelijks naar zijn werk te gaan komt nauwelijks meer uit zijn woning. Ook hiervoor zijn oplossingen te vinden. Van het grootste belang is ook dat over seksueel-erotische problemen wordt gesproken. Ik zag onlangs een man van negentig jaar, die nog de grootste moeite had met het beheersen van zijn seksueel-erotische wensen. Hij was bang te bezwijken voor de verleiding door uitdagende jonge meisjes. Over deze problemen spreekt een oud man niet gemakkelijk en weinigen komen op de gedachte hem ernaar te vragen.

Het doodsprobleem moet in gesprekken met bejaarden zeker worden aangevoerd. Dit maakt dikwijls een onderdeel uit van het thematische gesprek, trouwens niet alleen bij ouderen. Bijna alle bejaarden hebben behoefte aan een gesprek over „de laatste dingen”, hetzij wijsgerig, hetzij religieus. Ook de meest fanatieke atheïst heeft dikwijls als hij oud wordt behoefte daarover te spreken. Soms ook ziet men op hoge leeftijd, lang vergeten gewaande religieuze behoeften terugkomen.

Over de sociaal-economische hulp, de hulp bij het eventueel vinden van werk dat nog kan worden gedaan, hoe belangrijk dit onderwerp ook kan zijn, zal ik verder niet uitweiden.

Hulpmiddelen bij de gesprekstherapie. Reeds jaren lang heb ik als hulpmiddel bij het gesprek het doen lezen van belangrijke romans toegepast. Natuurlijk moet de arts het aanbevolen boek zelf goed kennen. Wanneer het hoofdthema van het boek het conflict, waarin de patiënt zich bevindt, nauw raakt — de patiënt behoeft zich dit niet bewust te zijn — dan kan een bespreking hiervan het gesprek aanzienlijk verdiepen. Iedere arts kan voor zichzelf een repertoire opbouwen. Veel hulp heb ik gehad van die psychotherapeutische geschriften welke voor een leek te begrijpen zijn. De werken van Freud en Jung zijn hiervoor minder geschikt. De meeste werken van Adler wel. Van de nu vrijwel vergeten, maar dertig jaar geleden nog zeer bekende psychotherapeut Fritz Künkel, laat ik dikwijls de „Einführung in die Charakterkunde” lezen. In de laatste jaren maakte ik dikwijls gebruik van Karen Horney's „Inner conflicts”. Ik raad de patiënt aan dit boek te lezen en aan te tekenen waar hij het gevoel heeft dat het over hem zelf gaat.

Het is merkwaardig dat mannen het boek van Horney meestal met instemming en herkenning gevoel lezen, vrouwen komen dikwijls met protest. Ook dit kan het gesprek stimuleren. Maeder's „Die Richtung im Seelenleben” is bij religieuze patiënten zeer bruikbaar. Van mijzelf laat ik dikwijls „De levens-tijdperken van de man” lezen en soms „Karakter en aanleg in verband met het ongeloof”. Het boek van Van Wijngaarden „Problemen der volwassenheid” heb ik ook voor dit doel gebruikt. Ik noem deze boeken, maar ik geloof dat het beter is dat de arts-therapeut zelf een dergelijke lijst opstelt. Met nadruk wil ik zeggen: begin niet dadelijk met te laten lezen, het beste is de gezichtspunten die van belang zijn eerst zelf te hebben aangevoerd. Het later aanbevolen boek wordt dan met meer begrip gelezen.

Een gesprek over muziek kan ook een hulpmiddel zijn, eventueel het aanbevelen van bepaalde grammofoonplaten. Patiënten, die hun emotionaliteit verdringen, ontwijken dikwijls alles wat romantisch is. Zijn zij een tikje snobistisch dan weigeren zij te geloven dat het niet hun muzikale smaak is, maar hun angst voor emotie, die hen bijvoorbeeld Wagner en Tsjaikowski doet afwijzen. Natuurlijk is dit niet altijd het geval.

Andere hulpmiddelen heb ik in Psychiatrie deel I

beschreven in het hoofdstuk „Perifere psychotherapie”: zwemmen, sportbeoefening, mensendieck, verzorging van het uiterlijk. Medicamenten geef ik zo min mogelijk; liefst geen of weinig tranquilizers. Een toniserende therapie helpt in het algemeen veel beter. Een goed volgehouden arsenicum-kuur is niet obsoleet maar thans buiten circulatie.

* * *

Wat moet de arts die gesprekstherapie beoefent weten? Deze vraag is niet zo gemakkelijk te beantwoorden. Misschien heeft iedere specialist-therapeut daar een andere mening over. Mijn antwoord op deze vraag luidt: hij moet zoveel mogelijk weten over de mens en zijn innerlijk leven en over de bronnen van moeilijkheden in de tussenmenselijke relaties. Een groot deel daarvan zal hij moeten putten uit zelfkennis en uit zijn eigen kennis over relaties met anderen. Hij moet zich rekenschap geven van de grenzen van de psychogenese en de psychotherapie, onder behoud van zijn enthousiasme. Al is hij overtuigd dat aanleg en constitutie dikwijls beslissende factoren zijn in het ontstaan en het verdwijnen van de verschijnselen, hij moet toch ook weten dat psychotherapie een hulp kan brengen die door niets anders is te vervangen. Hij moet kennis hebben van de belangrijkste gegevens van de dieptepsychologie en hij moet vertrouwd zijn met het verschijnsel overdracht en contra-overdracht. Hij moet daarmee rekening houden maar er niet over spreken. Hij moet karakterologisch en typologisch zo goed mogelijk georiënteerd zijn.

Veel moeilijkheden ontstaan door botsingen tussen mensen die tot verschillende types behoren. Zij verstaan dikwijls elkanders taal niet. De arts moet op de hoogte zijn van het sociale krachtenveld waarin zijn patiënt staat. Hij moet zijn patiënt op twee wijzen kunnen zien: met het oog van de gewone mens en met dat van de deskundige. Wanneer de huisarts-gesprekstherapeut zich van dit alles rekenschap geeft en zich ten volle van zijn verantwoordelijkheid bewust blijft, dan zal hijzelf en dan zullen zijn patiënten grote voldoening van de gesprekstherapie kunnen ondervinden.