

# Een gestaltmatige benadering van de arts-patiënt relatie

B. J. HUYGEN, HUISARTS TE EINDHOVEN

Het streven van iedere huisarts zijn patiënten zo goed mogelijk te helpen lijkt in deze tijd steeds moeilijker te worden. Velen voelen zich in toenemende mate onbevredigd in hun functioneren. In het navolgende wordt getracht een benadering van de arts-patiënt relatie te omschrijven met als basis de principes van de gestalttherapie. Dit kan mogelijkwijze bijdragen tot een bevredigender gang van zaken.

Gestaltmatige benadering betekent onder meer: kijken hoe een interactie tot stand komt, zich verder ontplooit en zich afrondt. Grof omschreven is deze interactie een gebeuren, waarin de mens uit zijn omgeving voorwerpen of een andere persoon selecteert om daarmee voor hem contacten van grote betekenis te creëren, die aan zijn behoeften aan dergelijke contacten voldoen. Hetgeen centraal in de aandacht komt te staan noemt men *figuur*. De context waaruit deze *figuur* oprijst wordt *achtergrond* genoemd.

Als de *figuur* afgemaakt is (een gestalt gevormd) is deze niet meer interessant en verdwijnt weer in de *achtergrond*. Hierna kan een nieuwe *figuur* ontstaan. Dit steeds wisselend gebeuren wordt duidelijk indien er een behoefte ontstaat, bijvoorbeeld als wij geen schone handen hebben. Eerst wordt de kraan en de wasbak centraal, daarna zeep-water-handdoek, tot het gevoel van schoon zijn ons bevredigt en wij tot de volgende actie kunnen overgaan. Bovengenoemde voorwerpen verdwijnen weer in onze *achtergrond* en een nieuwe *figuur* kan nu ontstaan. Als de zeep afwezig is of het water afgesloten, blijft de drang in ons andere wegen te zoeken om de handen schoon te krijgen. De gestaltformatie is dan niet compleet en blijft ons hinderen, totdat de interactie weer bevredigend voor ons is. De manier waarop wij de hindernissen overwinnen hangt niet alleen af van onze kennis en de functies van de gewenste *figuur*, maar ook van de dynamiek van ons gedrag.

Het therapeutisch element in de gestalttherapie legt de nadruk op de hindernissen, die de volwaardige ontwikkeling en afronding van de interactie belemmeren en gaat na op welke manier de mens over

zijn eigen benen struikelt. Wij kunnen hierbij een aantal eenvoudige vragen hanteren, zoals:

Wat gebeurt er niet (wat wel tot stand had kunnen komen)?

Wat zit impliciet (wat expliciet gemaakt kan worden ten voordele van de interactie)?

Wat wordt er verduisterd (wat kan bijdragen tot een helderder gebeuren)?

Welke moeilijkheden komen niet aan de oppervlakte (die naar boven kunnen worden gehaald)?

Soms raken wijzelf als therapeut onze juiste oriëntatie kwijt in dit voortschrijdende proces en weten dan niet meer hoe onze benen en voeten staan. Indien wij weten waar en hoe wijzelf staan en er goed voeling mee hebben weten wij van „zelf” hoe en waar wij de volgende pas kunnen zetten. Om dit te achterhalen kunnen wij de volgende vragen gebruiken:

Wat splitsen wij af van ons „zelf” (waarmee wij onszelf minder compleet maken)?

Wat horen wij niet (wat wel gezegd is)?

Wat zien wij niet (wat wij wel kunnen zien)?

Dan is de volgende stap: Hoe remmen en belemmeren wij onszelf en vervreemden ons van wat gaande is – van wat onder onze neus gebeurt – en raken op die manier de voeling en betekenis van het proces kwijt?

## Het proces in de spreekkamer

Wat is het proces in de spreekkamer, hoe kunnen wij dat beschrijven? Het steeds wisselend proces in de spreekkamer, thuis of waar dan ook, wijkt niet af van de gebruikelijke gestaltformatie van andere handelingen of interacties. Er ontstaat ergens bij

de patiënt een behoefte, bijvoorbeeld: „Ik weet geen antwoord op dit signaal dat ik van moeder natuur krijg” (symptoom). Ik ga trachten mij te oriënteren, ik heb mijn gewaar worden zoveel mogelijk ingeschakeld, maar ik zie „het” (mijzelf) niet meer zitten. Ik wend mij nu tot de omgeving (in dit geval de arts) en ga vragen: „Kun je mij een antwoord geven op wat ik niet zie? Mogelijk zie jij het, word jij het gewaar, of kan jij de betekenis opsporen voor mij.” Er ontstaat dus actie die tot interactie leidt (tussen hulpzoekende en medicus). Hieruit vloeit een relatie voort, verbinding van een dualiteit: ik en de ander, waarin processen van de één worden betrokken bij de ander en omgekeerd. Dit houdt in dat de arts in voeling komt met zichzelf en met de ander, wat resulteert in een „in”leving wat er aan de hand is (of wat er aan zijn hoofd of aan zijn buik is, enzovoort). Of wat er niet aan de hand is, wat er mist (bijvoorbeeld koorts, braken, energie in zijn stem). Zolang wij in contact staan en voeling hebben met wat is en niet is (wat wij gewaar worden van onszelf en de ander) geeft dit een oriëntatie in onszelf en de ander en kunnen wij het signaal van de patiënt thuisbrengen. De feedback, die hierop volgt, vloeit voort uit het zich al of niet bevredigd voelen van beiden. Het gewaar worden of, zo men wil, het waarnemingsproces geschiedt dank zij onze zintuigen. Wij kijken, luisteren, tasten, voelen aan, proeven onszelf en de ander. In gestalttaal verloopt de interactie als volgt: met ons zien, horen, voelen, ruiken en tasten reiken wij uit naar de ander (maken contact), kauwen (ontleden), wij zijn disfunctioneren, proeven het en scheiden het in het voor ons assimileerbare en niet assimileerbare (pruimbare en niet pruimbare), en geven dit laatste terug. Wat wij niet kunnen of willen slikken bekijken wij of het verder is te ontleden en hoe (= welk onderzoek kan worden ingeschakeld, bijvoorbeeld laboratorium- of röntgenonderzoek, welke specialist, instantie, maatschappelijk werker), totdat bevrediging van beiden de harmonie van beiden herstelt en het functioneren, de groei en de rijping van de cliënt weer in gang zet.

Dit proces lijkt eenvoudig en veronderstelt geen problemen. Helaas hebben wij vele blinde vlekken bij ons zien en onze reuk- en smaakgevoelens zijn afgestompt. Daarbij luisteren wij veelal niet goed naar onszelf en naar wat de natuur ons te zeggen heeft en ook niet naar de ander. Op deze wijze is het denkbaar dat wij slechts tot een gedeeltelijke informatie komen die aan onze oriëntatie afbreuk doet. Indien wij niet precies weten waar wij staan met onszelf en met de ander kan de volgende

pas (de actie), welke wij samen ondernemen, een minder zekere zaak, een mistig gebeuren, zelfs een complete dwaling zijn.

## Praktijkvoorbeeld

Een echtpaar heeft ruzie; hij wil geen kind, zij wel. Hij is boos op haar en agressief. Helaas maken zij het probleem niet af; zij komen samen tot een wapenstilstand en laten de voor hen onopgeloste situatie liggen. De code van dit gebeuren uit zich bij de man in een herhaaldelijk ballen van de vuist. Hij wordt dit op den duur niet meer gewaar en „vergeet” (of zo men wil verdringt) het hele gebeuren en „wil” er niet meer aan denken. Door voortdurend „mis”bruik van zijn spieren ontstaat na enige maanden tot jaren een tenniselleboog. Bij de arts aangekomen biedt hij zijn arm aan (hij is wat vervreemd van zichzelf, hij presenteert niet zijn hele wezen, zijn disfunctionerende ik, maar die rotarm). Dat rot ding (de gevolgen van zijn retroreflectie) hindert hem. De arts neemt helaas niet de hele mens waar en het ontgaat hem dat gedurende de „discussie” over dat „ding” de patiënt al enige malen een vuist heeft gemaakt, zijn kaken meermalen heeft gespannen en zijn stem wat agressiever klinkt als hij over zijn vrouw spreekt. Bij navraag van de bekende mechanische oorzaken (Tennist u? Heeft u schroefjes ingedraaid? Wringt u veel?) geeft de patiënt te kennen dat hij pas thuis wat klusjes heeft gedaan. Arts en patiënt zijn nu beiden „tevreden” en men besluit hydrocortison te spuiten. Het risico, dat het oorspronkelijke conflict definitief uit de gewaarwording wordt gespoten, is groot. Gelukkig blijft patiënt's moeder natuur aandringen op afronding van deze kwestie. Een recidief opent de ogen van de medicus.

Patiënt's echtgenote kan haar problemen niet „verteren” en krijgt onbegrepen buikpijnen. De medicus wordt haar klaaglijke stem, haar droeve ogen, minder levendig reageren niet gewaar en bij navraag ontkent zij problemen. Zij had immers met haar man afgesproken de strijdbijl te begraven; het „was” zo'n akelig conflict dat zij er ook niet aan wil denken, want zodra het opkomt gaat zij maar gauw aan wat anders denken of iets anders doen. Hierop start – wat ik noem – de macabere welvaartsrondedans binnen het medisch technisch apparaat: van huisarts naar laboratorium, terug naar huisarts, naar internist en via deze naar gynaecoloog, orthopedisch chirurg, uroloog, enzovoort. Wij kennen dit wel: iemand die na zoveel maanden of jaren van zijn kostbare leven weer voor ons zit met exact dezelfde klacht.

Terwijl wij enigszins geïrriteerd alle brie-

ven van onze bereidwillige collegae specialisten doorbladeren, stellen wij onszelf een aantal vragen: Wat heeft men nu gevonden? Wat heeft dat gekost? Past de gevonden discussversmalling in het beeld? Wat moet ik nu? Zo worden wij niet gewaar dat wij in contact zijn met het „beeld” dat wij van deze patiënt hebben, dat heel wat anders kan zijn dan de mens die voor ons zit, die zichzelf niet meer ziet zitten en die wij niet meer zien zitten. Wij zijn dan in contact met haar beeld en met het „fitting game”: past haar beeld (mijn concept) in dat van deze of die specialist? Er ontstaat bij ons een gevoel van irritatie, onmacht of wat dan ook, dat wij gestalte geven door te gaan etiketteren.

Wij voelen bijvoorbeeld onze irritatie, vervreemden ons ervan door een etiket op de ander te plakken: „Zij” is een zeur, hysteric, lastig ondankbaar mens. „Ik” heb mijn best gedaan evenals mijn collegae; „wij” hebben niets gevonden, alles is nagekeken – waarbij wij dan gebruikelijk niet in contact zijn met ons zelfverschoningspeltje, verontschuldigingsspeltje of hoe men het noemen wil. Wij zeggen niet: ons gewaar worden was/is geblokkeerd, is niet volledig, wij hebben „iets” (=haar) over het hoofd gezien, wij kijken niet goed, wij gebruiken onze zintuigen niet volwaardig.

## Op de rationalisatietoer

Waarom hebben wij dit of dat nu gemist? Wij vragen dit niet aan anderen (die mogelijk wel gewaar worden wat wij zelf niet zien), maar aan onszelf (retroreflectie). Dan gaan wij op de rationalisatietoer en vluchten in excuses: ik heb het druk (in plaats van ik maak mij druk of ik laat toe dat ik het druk heb). Ik heb ook zoveel aan mijn hoofd (in plaats van ik ben gepreoccupeerd, ik heb in mijn wezen nog zoveel onafgemaakte gevoelens, die ik niet wil of kan afmaken en die ik met „denken” probeer weg te rationaliseren).

Daarbij zijn wij niet gewaar dat denken als substituut wordt gebruikt voor leven of beleven en dat wij ons verder vervreemden van onze gevoelens. Wij proberen dat gevoel weg te praten bij onszelf of vermijden confrontatie ermee door ons zo intensief mogelijk te concentreren op het volgende „geval” om daar de bevrediging te halen die ons gebrek aan bevrediging van de vorige „casus” kan neutraliseren.

Maar onze zuivere feilloze moeder natuur laat zich niet om de tuin leiden en waarschuwt ons voortdurend dat dit niet bevredigd zijn nog in ons zit.

Zij creëert dromen of fantasieën die wij onmiddellijk in onze vuilnisbak werpen. De hoofdpijn, moeheid of spanning menen wij te kunnen verdrijven met behulp van alko-

hol en pillen, of door met vakantie te gaan. Maar wat niet volwaardig af is in het organisme blijft de drang in zich houden om tot oplossing en klaarheid te komen.

Het meest onbevredigende is het stapeleffect: wij reageren onze gevoelens af op onze echtgenote, de assistente of het volgende „geval”. Dit wordt zo treffend in de angelsaksische literatuur „acting out” genoemd (wat mijns inziens het best kan worden vertaald door „er naast handelen”). Hiermee creëren wijzelf een nieuw onbevredigend gevoel bovenop het oorspronkelijke.

Gelukkig regelt de wijsheid van ons organisme veel voor ons (zoals bijvoorbeeld onze stofwisseling wordt geregeld door ons organisme). De tijd heelt vele wonden en alleen als wij de verantwoordelijkheid weer daar leggen, waar zij thuishoort, namelijk bij ons „zelf”, bezorgen wij ons „zelf” minder wonden en plagen wij ons „zelf” minder (en daardoor ook anderen).

## Beschrijving van het proces

Wij kunnen de voorafgaande procesbeschrijving nog eens kort verwoorden: Moeder natuur geeft een signaal aan het organisme = symptoom. Het organisme tracht zich te oriënteren = wat betekent dit voor mij? Indien de betekenis niet duidelijk is, ontstaat er contactbehoefte en de vraag rijst: ik weet niet wat dit signaal voor mij te betekenen heeft, ik weet het antwoord niet, weet jij het? De interactie die dan ontstaat hangt af van de patiënt en hangt af van de ander (in dit geval de medicus), van diens gewaar worden en vakkennis, kunde en ervaring (zijn vorig beleven) van het in voeling, in contact zijn met zichzelf en met wat in hem zit en van het in voeling zijn met de patiënt; via zijn gewaar worden van wat is en wat niet is, van wat er mist. Gewaar worden staat in Koenen-Endepols beschreven als: bespeuren, bemerken, te weten komen, bewust worden van indrukken; gewaarwording: aandoening, lichamelijke gevoel. In de gestaltmatige benadering speelt gewaar worden een centrale rol, omdat gewaar worden daar wordt gezien als een onmiddellijke belevenis van de voortschrijdende organisme/omgevingstransactie in de breedste zin. Hierbij valt de nadruk op de eenheid (het geheel) van de menselijke kwaliteiten: in het samspel van zien, horen, proeven, ruiken, voelen, handelen, denken. Dit veronderstelt een volledig „wakker” zijn, niet gehinderd door een trance van preoccupatie, haast, plankenkoorts, moeheid, slaperigheid of wat dan ook; aandachtig geïnteresseerd en open voor onszelf en de an-

der. Waarbij wij comfortabel onszelf zijn, in harmonie en in evenwicht en toch met een lichte opwinding en interesse van: „Wat gebeurt hier nu en hoe komt dat bij mij over?” „Via het gewaar worden is het organisme precies georiënteerd en weet het wat het wel en niet moet doen (zoals een huisvrouw die de deur opendoet, een man ziet staan – een nonverbaal contact maakt – en onmiddellijk weet wat zij moet doen: „Die engerd komt er niet in; ik doe de deur vlug dicht voor hij er een voet tussen zet.”) Gewaar worden is meestal een eerste gevoel en een perfecte aanwijzing van het wezen van een ander; werkt vaak nonverbaal, direct en subtiel en brengt ons op de hoogte wat voor „vlees” wij in de kuip hebben. Het is een van de belangrijkste aspecten van het interactieproces medicus-patiënt. Het gewaar worden geeft veelal een gevoel van opwinding, nieuwheid en verrassing; sluit (zeker in de therapie) vaak het gevoel in zich van een stap maken in het ongewisse en heeft iets avontuurlijks.

## Plankenkoorts hindernis in interactieproces

Om in de geest van *Perls* te spreken: plankenkoorts vormt een van de grootste hindernissen in dit proces, de angst dat wij mogelijk kunnen afgaan in onze „rol” (in onze houding, kennis, gedrag of wat dan ook). Wij willen graag onszelf „bevestigd” zien in die rol (door de ander!). Door deze plankenkoorts schuiven wij meteen vele verwachtingen tussen het ik en de ander in, daarmee een mist van preoccupatie optrekkend tussen onszelf en dat wat wij trachten „waar te nemen”. Wij doen dus (zijn in contact met) twee dingen tegelijk: iets verwachten en iets waarnemen, met als gevolg een slechts gedeeltelijke gestaltformatie in het waarnemen. Gewaar worden is gebonden aan het „hier

en nu” van beide partijen in interactie en vloeit met dit lopende proces mee. Het wordt niet alleen vertroebeld door het rollenspel ter bevestiging van het anders willen zijn dan men is (in gestalt meestal zelf-concept genoemd), maar ook door het instuderen van wat ons volgende optreden zal zijn om dit egoconcept bevestigd te krijgen. Veelal zijn wij ook nog in contact met een innerlijke dialoog of monoloog: het voortijdig proberen het gebodene in een algemeen aanvaarde vorm (diagnose) te passen; het te censureren, controleren, te toetsen aan onze kennis en ervaring, te interpreteren en de volgende stap vast te ontwerpen. Wij tasten driftig ons therapiecompendium af om te zien of dit of dat geneesmiddel het beste past op dat symptoom (niet op die mens!). Wij zijn nog aan het schrijven of telefoneren als de volgende patiënt binnenkomt of binnen is.

Op deze wijze laten wij de energieën in ons niet vrijelijk lopen in het gewaar worden (in Gestalt is waarnemen doorgaans een *activiteit*: je richt je oor, je blik naar, je aandacht op), maar verdelen die tussen allerlei bezigheden. Daarnaast is nog een grote hoeveelheid van die energieën nodig om onafgemaakte respectievelijk verdrongen zaken onder controle te houden.

Wij lopen de kans niet volledig open te staan voor de belevenis van onszelf en de ander en kunnen zo de voeling kwijt raken. Daardoor missen wij vele nuances in het proces. Veelal zijn wij dusdanig met onze eigen zaken in contact dat wij slechts oppervlakkig en onvolledig bij de ander zijn. Een hoofdstuk apart zijn de projecties van onszelf in de ander. Dit proces voltrekt zich eveneens bij de patiënt, zij het dat daar andere blokkades zitten. Er is weinig fantasie voor nodig tot het inzicht te komen dat zo nu en dan ten nadele van beiden van een volwaardige interactie weinig sprake kan zijn.

*Samenvatting. Het ingewikkelde, steeds nieuwe en wisselende proces van een interactie komt slechts tot stand via gewaarwording van onszelf en de ander. In dit proces zitten vele voetangels en klemmen. Indien wij trachten te zijn wat wij niet zijn (rol, egoconcept, en dergelijke) resulteert die interactie vaak in een slechter voelen van beiden. Terwijl een volwaardige realisering (verwezenlijking, verwerkelijking) van onszelf en de ander het beter voelen (welzijn) van patiënt en arts kan voortbrengen.*

*Summary. A gestalt-oriented approach in the doctor-patient relation. The complex, ever-changing process of interaction can only develop through awareness of oneself and the other. In this process there are many pitfalls. If one attempts to be different from what one really is (role, ego concept, etc.), than this interaction often results in ill-feeling on both sides. Full realization (actualization) of oneself and the other person, however, can cause an improved feeling (well-being) in both.*

- Kempler, W. Gestalttherapie voor het gezin. De Toorts, Haarlem, 1974
- Latner, J. The Gestalt Therapy Book. Julian Press, New York, 1973.
- Perls, F. S., R. Hefferline en P. Goodman. Gestalt Therapy. Delta Book, New York, 1951.
- Perls, F. S. Hunger, Ego and Aggression. Allen & Unwin Ltd., London, 1969.
- Perls, F. S. Gestalt Therapy Verbatim. Bantam Books, Toronto, 1969.
- Perls, F. S. en anderen. Gestalt Therapy Now. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, 1972.
- Perls, F. S. Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy. Science and Behaviour Books, Ben Lomond, California, 1973.