

Altijd is Kortjakje ziek

„De zegeningen van de gedragswetenschappen”

Op 5 november 1979 werd in Nijmegen het eerste lustrum van de huisartsenopleiding aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut gevierd. Hans van der Voort, als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de VU, hield daarbij de volgende voordracht.

*Altijd is Kortjakje ziek,
midden in de week, maar zondag
niet.*

*Zondag gaat zij naar de kerk
met een boek vol zilverwerk.
Zilverwerk moet het wezen
anders wordt zij niet genezen.*

Tot zover de woorden... van dit oude volksliedje.

Dames en Heren,

De staf van het Nijmeegs Huisartsen Instituut heeft mij gevraagd U toe te spreken en ik wil dat graag doen onder de titel *De zegeningen van de gedragswetenschappen*. Aandachtige luisteraars zullen in deze titel wellicht enige spot of zelfspot menen te zien. Het ligt niet op mijn weg hun deze illusie te ontnemen.

Voor ik met U enkele facetten van het fenomeen gedragswetenschappen-in-relatie-met-huisartsen goed kan behandelen, is het voor mij onontbeerlijk een reeds lang slepende en mij kwellende vraag op te lossen: *Altijd is Kortjakje ziek, midden in de week, maar zondag niet...* Mij intrigeert dan: Wat mankeert Kortjakje?

Waar ik in de literatuur ook zocht, nergens vond ik ook maar een poging tot enige diagnosestelling, laat staan een voorstel voor therapie. Als wetenschappelijk man, werkzaam in het medische veld, vind ik dat onverdraaglijk en ik voel mij dan ook verplicht thans in deze leemte te voorzien.

Alvorens we enkele mogelijke diagnoses op hun waarschijnlijkheid zullen bezien eerst enkele personalia. Kortjakje, of een kortjakje, was in de jaren 1700 een meisje of vrouw, die als een soort toiletjuffrouw optrad in de openbare toiletten onder de bruggen van de Amsterdamse Grachten. Haar sociale status was derhalve laag, haar inkomen ongetwijfeld ook, zodat we haar zonder gevaar tot de fondspatiënten mogen rekenen. Dit lijkt in tegenspraak met de

zin *zilverwerk moet er wezen, anders wordt zij niet genezen*. Waarschijnlijk echter moeten we hierin een vroege voorloper zien van het „eigen risico”. In onze tijd heeft het fondspatiënt-zijn niet zoveel nadelen meer, maar in de tijd van Kortjakje lag dat anders: het deed de help-bereidheid van de dokter niet veel goed. Wellicht is dát de reden dat haar huisarts haar nooit heeft kunnen helpen.

Ze was alleen door de week ziek; dat is jammer, want misschien was de waarnemer een verlichte geest, maar die heeft ze door haar schematische ziektepatroon helaas nooit mogen ontmoeten. Waaraan had haar huisarts zoal kunnen denken? Om te beginnen was Kortjakje tijdens de werkdagen ziek en liep ze op zondag weer te fluiten. Dit soort – zich tot de werktijden beperkende ziekten – is U allen niet onbekend. Maar haar motief kan onmogelijk gelegen zijn in het op slinkse wijze verkrijgen van een uitkering. Allereerst gaat zij elke zondag naar de kerk, zodat haar goede inborst boven alle twijfel verheven is. Bovendien is deze vorm van sociale zekerheid in haar dagen nog niet verworven. Ze moet dus gewoon, ziek of niet ziek, hebben doorgewerkt. Dat zilverwerk moet tenslotte ook verdiend worden. Simuleren mogen we haar dus niet verwijten.

Waaraan denkt haar huisarts vervolgens? Dat korte jakje zou kunnen wijzen in de richting van een cystitis..., ze staat tenslotte de hele dag vlak bij dat koude grachtenwater. Maar het is ook in de zestiende eeuw geen gewoonte van bacteriën om zondags vrijaf te nemen, dus we zullen een andere oorzaak moeten vinden.

Kortjakje moet het financieel hebben van muntjes die op een schoteltje worden geworpen door heren die wel net gewéést zijn, maar waarschijnlijk niet nét geweest zijn. Herinneringen aan deze situatie vinden we tot in onze dagen terug in een uitdrukking als „geld stinkt”. Maar noch bacteriën noch vi-

russen nemen een rustdag, dus ook in de richting van infectie-ziekten behoeven we niet te zoeken.

In een Engels proefschrift uit 1763, getiteld *Little Short Jack and her Family System* waren geen predicties te vinden voor enigerlei vorm van somatische fixatie, zodat we tenslotte maar van de veronderstelling zullen uitgaan, dat Kortjakje lichamelijk prima in orde is. Dames en Heren, mijn verdere nasporingen hebben mij de volstrekte zekerheid gegeven dat er in het geval van Kortjakje sprake was van een deficiëntieziekte, en wel op geestelijk niveau. Het is een verschijnsel dat zich de laatste eeuwen vaker heeft voorgedaan. Van tijd tot tijd wordt in de literatuur melding gemaakt van een geval van ziek-zijn door het gevoel van gemis. De behandeling bestond dan meestal uit het opsporen van hetgeen gemist werd, waarna het gevoelde tekort werd aangevuld.

Met Kortjakje ligt dat wat gecompliceerder, want Kortjakje lijdt aan een van de pijnlijkste vormen van gemis: zij voelt namelijk, Dames en Heren, de hele week door het schrijnende gemis aan Gedragswetenschappers.

Het feit dat Kortjakje het gemis alleen door de week blijkt te voelen, duidt op een grote realiteitszin, omdat gedragswetenschappers, zoals U bekend is, in het weekend niet bereikbaar zijn. U kunt ze wel bellen, maar U zult niet veel bereiken. Want ze hebben óf de identificatie met de huisartsen zo ver doorgevoerd dat ze over een antwoordapparaat beschikken, óf ze hebben de Avro-academie over assertiviteit gevolgd, zodat ze je recht in het gezicht durven zeggen wat U en ik alleen op een bandje durven in te spreken. Dit alles uiteraard zonder iemand te kwetsen...

De huisarts van Kortjakje heeft het echter niet eens kunnen proberen, want in zijn tijd was er geen gedragswetenschapper te bekennen. Wij denken daar vandaag de dag wel eens licht over, maar U doet die tijd meer recht door de zwaarte van het ontbreken op ware grootte te zien.

Deze, onze, tijd kent ze echter wel, de gedragswetenschappers. Ze kwamen bij Lobith in ons land, aanvankelijk met weinigen, maar intussen is hun aantal niet onbelangrijk uitgebreid. Wie of wat zijn zij eigenlijk, de gedragswetenschappers? Net als bij huisartsen heb je de stereotypen, waarom het mij hier niet is te doen, maar waarvan ik U wel enkele voorbeelden wil schetsen:

– waar de huisarts praat over casuïstiek, praat de sociale wetenschapper over de

zoveelste therapie- of trainingsrichting, waarin hij deze maand na zijn zoveelste weekend is gaan geloven.

– als de huisarts praat over „een vrouwtje”, heeft hij het over een vrouwelijke patiënt; als de gedragswetenschapper praat over „een stuk” bedoelt hij niet een vrouwelijke cliënt, maar dan gaat hij iets zeggen over een of ander gevoel, in de trant van „een stukje agressie” of „een stuk verdriet”.

– een huisarts is iemand, die meestal bang is dat hij iets over het hoofd heeft gezien; een gedragswetenschapper is iemand die meestal bang is dat hij over het hoofd wordt gezien.

Mij gaat het echter niet om de stereotypen.

Wie of wat de sociale wetenschappers zijn hangt af van wie je er naar vraagt. Vraag het bijvoorbeeld de medische wereld. Aan de ene kant kent men daar psychologen, sociologen en pedagogen, die een omschreven en vaak duidelijke rol hebben vanuit hun specialisatie. Zij zijn met name werkzaam op het gebied van de patiëntenbehandeling. Daarnaast kent de medische wereld zogenaamde „gedragswetenschappers”, of „sociale wetenschappers” of „agogen”, zelfs wel „ogen” genoemd. Deze worden bij het onderwijs, bij de patiëntenzorg, bij onderzoek of bij het organiseren van van alles en nog wat ingeschakeld. Hun voornaamste eigenschap is niet hun specifieke deskundigheid vanuit hun eigen discipline, maar meer hun „handigheid”, het feit dat ze voor alles wel een truc of een oefening hebben en zo goed met groepen kunnen omgaan. De vertegenwoordigers van deze groep worden vaak zeer hoog aangeslagen, omdat ze erg veel lijken te kunnen, terwijl er anderzijds vaak agressief op wordt gereageerd, omdat zij het alleenrecht van humaan, sociaal en vitaal zijn voor zich op lijken te eisen.

U begrijpt dat de beeldvorming hier is gaan woekeren en een reëel beeld ver te zoeken is. Ik zie het niet als mijn taak – en ook niet als mogelijkheid – om nu hier de gedragswetenschappers naar soorten te onderscheiden. Ik ga maar even mee met het spraakgebruik en spreek verder over gedragswetenschappers, sociale wetenschappers of over agogen.

Nu de begingevoelens tussen huisartsen en gedragswetenschappers – van haat tot verliefdheid – beginnen te luwen, is de tijd rijp voor een heroriëntering op wat beiden elkaar te bieden hebben:

– een agoog die huisartsen nu nog steeds ziet als inhumaan, rijk en rigide, maakt zich onderhand belachelijk;

– een huisarts die bang is voor allerlei „ogen”, omdat deze „door je heen kijken” evenzeer.

Wie zich als huisarts of als agoog respecteert kan het zich niet meer permitteren zijn aanvankelijke beeld van de ander niet aan de ervaringen van alle dag te toetsen. De huisarts zal dan moeten inzien, dat hij te vaak naar een oplossing zoekt waar van een oplossing geen sprake kan zijn. De agoog zal dan oog moeten krijgen voor de immense taak waarvoor een huisarts zich geplaatst ziet: zijn drempel is laag, waardoor iedereen met alle soorten problematiek bij hem kan binnenstappen. Wanneer hij dan de hulp inroept van gedragswetenschappers krijgt hij een lijst van eisen voorgelegd waaraan de patiënt moet voldoen voor hij hulp-rijp is. Ik heb de indruk, dat een aantal therapeuten het zich wel erg gemakkelijk maakt door de motivatie-eisen zo hoog op te schroeven dat vermoedelijk alleen zéér gezonde patiënten aan de norm voldoen, die toegeven tot een intake.

Samen zullen huisarts en gedragswetenschapper moeten zoeken naar de wijze waarop zij hun wederzijdse verwachtingen realistisch kunnen maken. Als dat lukt, kan veel inbreng van de kant van de gedragswetenschappers inderdaad een zegen zijn. Dat kan zo zijn omdat allerlei soorten therapeuten misschien een begin kunnen maken met de behandeling van allerlei klachten. Het kan ook zo zijn omdat de huisartsen met behulp van de gedragswetenschappers leren bewuster naar zichzelf, hun werk en het leven te kijken.

Dames en Heren, er staan ons, werkers in de eerste lijn die niet van plan zijn zich over te geven aan een chronische depressie, moeilijke tijden te wachten. Huisartsen en sociale wetenschappers zullen elkaar nodig hebben om te komen tot een doorbreking van de moedeloos-makende groei van het aantal mensen dat het – structureel of persoonlijk – niet goed heeft en daardoor klachten krijgt.

Het is een gunstige ontwikkeling dat steeds meer hulpverleners in de eerste lijn de patiënt willen helpen zich van zijn eigen situatie meer bewust te zijn; zoals het ook gunstig is, dat men probeert de verantwoordelijkheid te leggen waar deze hoort.

Maar hoe zeer dreigt voor de bewuste hulpverlener de moedeloosheid als op maandagmorgen de patiëntenstroom op gang komt. Ik denk daarbij dan niet primair aan de kwantiteit, al lijkt het mij persoonlijk buitengewoon frustrerend dat de wachtkamer nooit eens op een

mooie maandagmorgen leeg blijft, omdat je als huisarts de laatste jaren zo goed je best hebt gedaan. Nee, de kans op moedeloosheid komt eerder voort uit de vragen die de huisarts of de sociale wetenschapper zich stelt: hoe kan ik in vredesnaam een patiënt tot initiatief bewegen als deze zich afhankelijk en apathisch opstelt? Of: als de patiënt bereid en in staat is die afhankelijke en apatische houding op te geven, zijn de daardoor vrij komende angsten en frustraties wel te dragen als ze bijvoorbeeld veroorzaakt worden door uitzichtloze werkloosheid, niet meer terug te draaien ongunstige omstandigheden of – zoals maar al te vaak voorkomt – door de angst voor alles wat er in de mens aan emoties leeft?

Wij hulpverleners storten ons dag in dag uit in het helpen zoeken naar oplossingen voor 's mensen problemen. Maar wat bereiken we ermee? Het aantal helpers neemt in zeer snel tempo toe, het aantal gelukkige mensen zie ik niet in het zelfde tempo stijgen. Het aantal psychosociale hulpmethoden is zelfs voor de insiders niet meer bij te houden: nog maar net opgestaan van de sofa van Freud omarmde men de Rogeriaanse gesprekstherapie of de groepstherapie. Deze op hun beurt werden al snel vervangen of beconcurrerd door andere stromingen als de Gestalt, de psychosynthese, de interactionele analyse, de bio-energetica, enzovoort, enzovoort. Het lijkt wel of elke gedragswetenschapper op zijn veertigste een eigen school of richting opent.

Ik ben – naar ik hoop – niet blind voor de vooruitgang die de komst van de gedragswetenschappen op allerlei terreinen heeft mogelijk gemaakt. Het inzien van de rol die de eigen persoon speelt in de hulpverleningsrelatie is er een sprekend voorbeeld van. Toch ben ik niet tevreden; nee, maak ik mij zorgen. Om deze zorgen duidelijk te maken wil ik een paar punten wat extra belichten.

Allereerst een structurele zaak. We maken ons allen dik over het versterken van de eerste lijn. De wassende stroom patiënten in de richting van verrichtingen in de tweede en derde lijn moet en zal gestopt worden. Uiteraard is niets méér noodzakelijk: men snoeit organen of het loze takken zijn; observeert lange tijd duur liggende patiënten zonder echt te kijken; luistert naar de informatie die in de eigen – erg dure – kraam te pas komt, enzovoort. Maar ik heb mijn twijfel over de manier waarop men probeert de eerste lijn te versterken. In de meeste moderne concepten wordt de huisarts

een soort somatisch onderlegde sociaal werker in plaats van de ook – of juist – op somatisch en technisch gebied volwaardige en sterke gesprekspartner van de specialisten. Natuurlijk is het goed, dat er in de eerste lijn steeds meer psychosociale hulp gegeven wordt, maar dat versterkt de eerste lijn uitsluitend of voornamelijk in de ogen van die eerste lijn zelf: het is een soort souveriniteit in eigen kring, waarvan de tweede lijn niet wakker ligt... Waar blijft de huisarts als advocaat van zijn patiënt, die de patiënt helpt niet in zich te laten snijden voor de chirurg hem werkelijk van de noodzaak heeft overtuigd?

Een écht sterke eerste lijn dient zich allereerst zorgen te maken over een te eenzijdige psychosociale oriëntatie.

Vervolgens wil ik iets zeggen over de visie die men in de gezondheidszorg vaak heeft op het verschijnsel „probleem”. Huisarts en sociale wetenschappers worden overstromd door mensen die verdriet hebben, boos zijn, eenzaam zijn, enzovoort. En we zijn maar al te bereid te trachten deze mensen behulpzaam te zijn. Maar het probleem van veel mensen is – hoe zij daarover zelf ook mogen denken – niet dat zij onprettige gevoelens hebben, maar dat zij zo geïsoleerd zijn of zich zo geïsoleerd hebben, dat zij een betaalde hulpverlener moeten opzoeken om hun gevoelens mee te delen.

De plaats van verwant of vriend innen kan slechts in uitzonderingsgevallen werkelijk helpend zijn.

Tijdens een bijeenkomst van huisartsopleiders aan ons instituut was men aan de praat over hoe allerlei mensen die het moeilijk hebben, emotioneel steun te geven. Een oude dokter keek het hele gedoe een uurtje aan en zei toen: „Julie praten wel over helpen en opvangen, maar het heeft allemaal zo weinig zin, want die mensen waar jullie het over hebben die *missen een slag van leven!*” En dat is mijns inziens de kern van de zaak: negatieve gevoelens zijn er niet om weg te nemen, maar om te beleven; wie het destructieve onderdrukt, zal het opbouwende niet bereiken; wie pijn vermijdt, zal de lust ontberen; wie risico's wil vermijden wacht de leegte....

In onze cultuur, waarin lichamelijk ziek of dood zijn zo ontzettend veel belangrijker wordt gevonden dan emotioneel ziek of dood zijn, ligt er voor de hulpverleners nog een immense taak. Het is zinloos keer op keer te proberen van iemand weer „de oude” te maken: hij moet „beter” worden, in de letterlijke zin. Wie herstelt van kwaal of ziekte en de draad van een leeg bestaan weer

opvat, heeft niets gewonnen; hij is voor niets ziek geweest; hij is niet gegroeid... En een gezondheidszorg die niet op groei, op leren leven is gericht, zal altijd een teleurstelling in zichzelf blijven.

Een laatste punt wil ik even aanstippen: de titel van mijn voordracht is „De zegeningen van de gedragswetenschappen”. Ik heb die titel niet alleen maar spottend bedoeld. Ik ben ervan overtuigd dat de sociale wetenschappen veel te bieden hebben of kunnen hebben; sterker nog: ik denk dat we het grotendeels van hen moeten hebben. Maar dan moet er wel aan één zeer wezenlijke voorwaarde worden voldaan: en dat is dat de gedragswetenschappers kans zien een persoon te zijn of te worden en niet terug te vallen op technieken of mooi gekozen woorden. Het sociale-academie-jargon is niet alleen een hinderlijk modeverschijnsel; het is ook een mistgordijn, waarachter de gedragswetenschappers zich kunnen verschuilen. Men voorkomt erdoor de ander als mens te ontmoeten.

En de huisarts passe op zijn tellen: hij boekt geen vooruitgang als hij zijn geremde (doch eerlijke) houding van weeer vervangt door het zeggen van gevoelige teksten die hij niet in zichzelf voelt. Ik ken geen verdrietiger situatie dan die waarin mensen doen alsof er zeer persoonlijk en direct met elkaar wordt omgegaan, terwijl men in feite alleen maar woorden uitwisselt die iets persoonlijks suggereren omdat het toevallig over gevoelens gaat.

De valkuil van de schijnwinst ligt wagenwijd open. Veel gedragswetenschappers liggen er al in. U, huisartsen, kunt later niet zeggen dat ik niet gewaarschuwd heb...

Tot slot, dames en heren, wil ik nog met een enkel woord ingaan op een van de meest gehoorde verwijten aan gedragswetenschappers, namelijk dat ze manipuleren. Ik wil daar twee dingen over zeggen: om te beginnen wijst de angst gemanipuleerd te worden meestal op het achterhouden van de waarheid. Men is dan bang, dat de agoog door middel van een truc de waarheid tegen iemands zin aan het licht zal brengen. Daarnaast wil ik opmerken, dat de mogelijkheid anderen te manipuleren eenieder gegeven is die bepaalde vaardigheden beheerst: wie een aangetast been kan afzetten, kan met dezelfde hulpmiddelen iemand de keel afsnijden. Het is niet de vaardigheid die iemand tot een manipulator maakt maar zijn instelling. Wie iets met zuivere bedoeling doet kan niet manipuleren.

Ik dank U voor Uw aandacht.

Hoogleraren huisartsgeneeskunde en universitaire huisartseninstituten

Prof. Dr. H. J. van Aalderen, Haringvlietstraat 16, 1078 KC Amsterdam, 020-482095; Huisartseninstituut V.U., Combinatiegebouw Uilenstede 108, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam, telefoon 020-5484535, telefoon Prof. Van Aalderen: 020-5484529.

Prof. Dr. G. J. Bremer; Afdeling Huisartsgeneeskunde, Anth. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, telefoon 050-114718 (groepspraktijk), 050-116140 (instituut).

Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, Oosterhoutsedijk 47, 6663 KT Lent, 080-233061; Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteitspaviljoen, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, telefoon 071-148333 (toestel 4680).

Prof. Dr. J. C. van Es, Emmalaan 23, 7316 ED Apeldoorn, 055-18396; Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht, Mariahoek 5-6, 3511 LD Utrecht, telefoon 030-313802.

Prof. Dr. H. J. Dokter, Zwanenkade 104, 2925 AT Krimpen a/d IJssel, 01807-18614; Rotterdams Universitair Huisartseninstituut, Matheneserlaan 264, 3021 HR Rotterdam, telefoon 010-633966.

Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Pastoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent, 080-221029; Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, telefoon 080-514411 (toestel 4411).

Prof. B. S. Polak, Keizersgracht 29, 1015 CD Amsterdam, 020-237801; Instituut voor huisartsgeneeskunde der Universiteit van Amsterdam, Vondelstraat 35, 1054 GJ Amsterdam, telefoon 020-164722 (toestel 151).

Prof. Dr. W. Brouwer, Groenereind 24, 6267 BM Cadier en Keer, 04407-1658; Capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, telefoon 043-841777 (toestel 2247).