

# Empathie

RH van den Hoofdakker

Eind 1959 deed ik mijn artsexamen. Inmiddels ben ik bezig stap voor stap afscheid te nemen van mijn artsenbestaan. Afscheid nemen gaat onvermijdelijk gepaard met terugdenken. Ik denk dan ook nogal eens terug de laatste tijd. Een tijdje geleden moest ik kasten ontruimen. Ik had nog een kamer in de kliniek waar ik werkte, volgestouwd met boeken en papieren. Het gebouw zou worden gerenoveerd. Ik moest plaatsmaken voor de vernieuwers. Boeken, brieven, nota's, lezingen, artikelen, dia's, overheadsheets, alles, alles ging door mijn vingers en alles riep de vraag op: wat is me dit nog waard, wil ik dit houden, wat vind ik nog belangrijk? Er waren een paar dingen die er uitsprongen: dierbare overblijfsels. Een oude stoffige fotokopie van een artikel van Rogers<sup>1</sup> en het manuscript van Van Lidth de Jeude.<sup>2</sup> Deze mannen zijn belangrijk geweest in mijn artsenbestaan. Ik zal dit uitleggen.

Direct na mijn artsexamen moest ik in dienst en mijn eerste ervaringen als arts heb ik dan ook opgedaan in het leger. Een groot deel van mijn diensttijd bracht ik door als 'psychotherapeut' in het Herstel- en Oefen Centrum, het voormalige Neurose-hospitaal, in Austerlitz. Mijn collega-therapeuten waren artsen en een psycholoog: jonge, onervaren, net afgestudeerde mensen. Wij moesten jongens die het niet meer uithielden op hun 'werkplek' zover zien te krijgen dat zij hun taak weer konden hervatten. Mocht dit niet lukken, dan volgde afkeuring. Meestal kwam het op het laatste neer. Vele van die sombere, boze, angstige, vastgelopen jongens hadden het ook in de burgermaatschappij al moeilijk gehad. Het merendeel van ons werk bestond uit pogingen hen te helpen met hun terugkeer naar huis.

Het medische onderwijs dat wij hadden genoten was niet bepaald geschikt voor het analyseren en oplossen van de problemen waar de soldaten mee zaten. In de medische faculteiten en de academische ziekenhuizen was psychiatrie een vak met weinig aanzien. Menig hoogleraar of lager geplaatst specialist was er trots op dat hij van psychiatrie 'niets begreep'. De diagnostiek bestond uit een mengsel van Kraepeliaans botaniseren en psychoanalytisch theoretiseren. De behandelmogelijkheden waren beperkt tot een gering aantal ingrepen en maatregelen: biologische, zoals elektroshock, insulinecoma's en toediening van kalmerende farmaca,

## Auteursgegevens

Prof.dr. R.H. van den Hoofdakker, emeritus hoogleraar psychiatrie. Oude Boerenweg 13, 9756 TL Glimmen.

Dit artikel is een iets ingekorte versie van een eerder verschenen artikel in *Humanistiek* 2000;1:4-15. De auteur baseerde zijn toespraak op het NHG-congres 2001 op dit verhaal.

en psychologische: psychoanalyse voor de *unhappy happy few* en arbeidstherapie voor de anderen.

Toen ik in Austerlitz arriveerde, was kort geleden Rogers ontdekt. Nog voel ik het enthousiasme in die tijd als ik de oude teksten weer lees. 'For constructive personality change to occur, it is necessary that these conditions exist and continue over a period of time.' En dan komen die condities. Ik noem de bekendste: 'The therapist is congruent... It means that within the relationship he is freely and deeply himself. The therapist experiences unconditional positive regard for the client. The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavours to communicate this experience to the client. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.' En dan komt de daverende slotzin in dit stuk: 'No other conditions are necessary.'<sup>1</sup>

Jaja, dat was wat anders dan ingewikkeld getheoretiseer en machteloos gemodder met *Es, Ich* en *Überich*. Het enige wat nodig was om mensen te doen veranderen was een relatie, een relatie met mij nog wel. Volgens Rogers ging het om een geïntensiveerde vorm van *good friendship*. Ik moest handelen als een 'persoon', 'echt', zonder façade. Ik moest de ander ook werkelijk een ander laten zijn, ik mocht nooit denken: was hij of zij maar zoals ik dat graag zou willen. Ik moest empathisch zijn, me onbevooroordeeld verplaatsen in de innerlijke wereld van de ander. Als mijn cliënten, want patiënten waren ze niet meer, als mijn cliënten dus desnoods maar een beetje in de gaten hadden dat ik hen accepteerde en begreep, dan werden ze beter, sorry, dan veranderden ze. Hoopvolle perspectieven voor een jonge arts.

Ik wilde psychiater worden. Er was geen stageplaats. Nadat ik het leger verlaten had, werkte ik enkele maanden als assistent in de huisartspraktijk van Van Lidth de Jeude. De praktijk van Van Lidth was bijzonder: Van Lidth was een van de dokters die in die tijd de huisartsgeneeskunde een ander leven in trachtten te blazen. In 1957 was het beroemde boek van de psychiater Balint verschenen *The Doctor, his Patient and the Illness*, waarin de onbruikbaarheid van de medische kennis in de huisartspraktijk aan de orde werd gesteld.<sup>3</sup> Voor een overgroot deel van de problemen die de huisarts gepresenteerd kreeg, had hij vanuit zijn opleiding geen oplossende strategieën meegekregen. Integendeel, zou ik bijna zeggen. Het merendeel van de patiënten vertoonde net als nu vage mengsels van lichamelijke en soms psychische klachten, waarbij de klassieke aanpak de mensen van de wal in de sloot hielp: met zinloze lichamelijke onderzoeken en behandelingen werden de problemen niet minder, maar nogal eens groter. Veel

artsen voelden zich machteloos. Balint nu veroorzaakte een golf van hoop op uitbreiding van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Door meer psychiatrische scholing zou de huisdokter meer kunnen doen dan het voorschrijven van zinloze pillen en het verstrekken van vruchteloze adviezen. *The doctor as the drug*, was een veel geciteerde samenvatting van zijn boodschap. Van Lidth de Jeude was hevig gegrepen door het nieuwe elan in de huisartsenwereld. Hij was zeer begaan met de ongelukkige, angstige, gefrustreerde mensen in zijn praktijk, gaf ze aandacht, ruimte en tijd, kende hun levens vaak tot in de meest curieuze details, troostte, bemoedigde en steunde. Zijn praktijk telde dan ook een meer dan gemiddeld aantal mensen die door andere artsen nogal eens als klagers, drammers, zeurpieten of minusvarianten werden aangeduid.

Ik was dus beginnend volgeling van Rogers en ging als het even kon congruent, positief waarderend, empathisch aan de slag. En ach, een enkeling heb ik waarschijnlijk wel geholpen, wat meer inzicht, meer zelfrespect bezorgd, maar ik was nog steeds erg onervaren, had heel weinig tijd en leefde met de hete adem van de mogelijk over het hoofd geziene, ernstige lichamelijke afwijking in mijn nek. Waar Van Lidth al jaren geen korset meer voor liet uittrekken, wilde ik toch echt nog even onderzoeken of er misschien niet toch, enzovoorts. Van Lidth schreef in die tijd het boek dat ik al eerder noemde en dat veel later – pas na zijn dood – zou verschijnen: *De huisarts in de maalstroom der emoties*. Hij analyseerde het onvruchtbare huisartsengedrag en probeerde strategieën te formuleren waarmee huisartsen effectief in de emotionele maalstroom van hun spreekkamer konden manoeuvreren, waarmee ze niet boos of wanhopig of afwijzend hoefden te worden, maar nuchter, respectvol, betrokken en geduldig zouden kunnen blijven. Wij spraken daar veel over. Het manuscript met zijn handschrift ontroert me. Nogmaals, ik ben blij dat ik bij hem heb gewerkt, dat ik heb gezien dat je als arts kunt aanvaarden dat mensen zijn zoals ze nu eenmaal zijn en dat veel van hun klachten alleen begrepen kunnen worden als men hun levensverhaal wil kennen. Dat verhaal omvat meer dan een rijtje symptomen van een individu, het omvat de hele mens en zijn of haar context. Het zijn grote woorden, maar het is niet anders.

### De arts-patiëntrelatie

Ik ben niet de eerste die de arts-patiëntrelatie zo essentieel vindt, en ook niet de enige. Integendeel, deze opvatting is zo oud als de geneeskunde en wordt door iedere arts met mij gedeeld. Zelfs artsen die kennelijk geen enkele interesse hebben in patiënten, zijn het op dit punt altijd met mij eens geweest. Waarom dan toch deze versleten duit in dit oeroude zakje?

Om twee redenen. Ten eerste omdat de tijd voortschrijdt, ik bedoel, omdat de erkenning van het belang van de arts-patiëntrelatie steeds minder uit voornamelijk algemeen menselijke, laat ik zeggen ideële, humanistische opvattingen voortvloeit. Het belang blijkt steeds meer uit wetenschappelijke, theoretische en empirische 'evidentie'. Het wordt steeds duidelijker dat er vrijwel

geen medische problemen zijn waarbij psychosociale aspecten geen rol spelen, of het nu gaat om veroorzaking, beloop, preventie of behandeling. Men hoeft geen wereldvreemde holist te zijn om toe te geven dat voor de analyse van een medisch probleem een stethoscoop, een bloedmonster en een scan vrijwel nooit voldoende zijn, maar dat er zoiets als een gesprek nodig is. Evenzeer wordt het toenemend duidelijk dat een zeer groot deel van het succes van medisch handelen te danken is aan onbekende mechanismen, waarin de arts-patiëntrelatie een belangrijke rol speelt. Pillen tegen depressie bijvoorbeeld zijn mogelijk slechts enkele procenten effectiever dan placebo sinds er placebopillen met bijwerkingen worden gebruikt in het onderzoek. De effecten van antidepressiva moeten dan ook voor een overgroot deel worden verklaard met andere dan specifiek medicamenteuze mechanismen: natuurlijk beloop onder andere, maar waarschijnlijk 'het feit dat er iets gebeurt', de geloofwaardigheid van het sprookje (er is een chemisch probleem in mijn hoofd en deze pil kan dat herstellen) aandacht, vertrouwen in de dokter, enzovoorts, enzovoorts, de dokter-patiëntrelatie kortom.

Er is nog een tweede reden waarom ik maar weer eens wijs op het belang van de arts-patiëntrelatie. Omdat de belangstelling in weerwil van wat ik net heb gezegd vaak niet naar die relatie gaat, niet naar de psychosociale aspecten van de problemen, niet naar de psychotherapeutische ingrediënten van het medisch handelen, maar naar nieuwe bloedmonsters, nieuwe scans, nieuwe medicamenten. En voor veel mensen, ook de niet-medici, 'de mensen in het land' om met zorgverzekeraar Wiegel te spreken, journalisten, beleidsmakers, enzovoorts, enzovoorts, geldt hetzelfde.

Bensing wijdt in haar mooie proefschrift een boeiende analyse aan de achtergronden van deze biomedische preoccupatie.<sup>4</sup> Waarom krijgen de eendimensionale ideeën over zieken en ziekte en de soms povere specifieke effecten van veel 'puur medisch' handelen zo veel meer aandacht dan de integrale, multidimensionale inzichten en strategieën? Ik parafraseer haar antwoord en vul het aan.

Een belangrijke oorzaak is dat het biomedische gezichtspunt voor dokters meer status heeft, doorgaat voor 'harder', 'wetenschappelijker'. Ik heb dat zelf vanaf de eerste dag van mijn studie meegereggen. We begonnen met fysica en chemie, dat waren de basisvakken. Geen spoor van psychologie of sociologie is er in mijn studie te bekennen geweest. Dat waren 'softere' vakken. Psychiatrie was een buitenbeentje. Zéér soft. Het is wel wat veranderd, ik weet het. Ik kom daarop terug. Verder: aandacht voor en ingrijpen in ingewikkelde psychosociale problemen kost geduld en dus tijd, en tijd is geld. Anders gezegd: psychosociale belangstelling betaalt niet. Het betaalt niet op verschillende niveaus: dat van de patiëntenzorg en dat van het onderzoek. Artsen die lange wachtlijsten moeten afwerken, hebben geen tijd voor de tijdrovende aspecten van de arts-patiëntrelatie. Ook patiënten zelf en, niet te vergeten, hun werkgevers zijn bang voor tijdverlies door ziekte. Problemen, getob, narigheid, neem een pil en ga weer aan het werk.

Het belangrijkste probleem is misschien dat een dokter, zodra hij zich met de psychosociale aspecten van de problemen gaat bezighouden en de patiënt als persoon gaat benaderen, ook zelf als persoon veel meer betrokken raakt bij de patiënt. In plaats van een 'geval' waarbij een 'evidence-based protocol' moet worden toegepast, heeft hij een mens voor zich, met wie hij contact moet maken, over wie hij na moet denken, voor wie hij een persoonlijk 'protocol' moet realiseren. En tenslotte: ook patiënten zijn niet altijd gesteld op indringend contact en gegraveerd in de ziel.

Maar er zijn ook ontwikkelingen die vrolijker stemmen. Er is ook een groeiend bewustzijn dat de overheersing van de eendimensionale geneeskunde en de toename van de technische mogelijkheden de aandacht hebben afgeleid van 'the patients inner world' en hebben geleid tot verarming en verwaarlozing van de arts-patiëntrelatie. Was er in mijn studie in Groningen, behalve gedurende een paar weken psychiatrie, geen enkele aandacht voor de arts-patiëntrelatie, nu wordt twintig procent van de onderwijstijd in dezelfde faculteit besteed aan communicatieve aspecten van het vak. Vroeger werd je huisarts zonder een greintje kennis of training op dit gebied, tegenwoordig is huisartsgeneeskunde een specialisme waarin multidisciplinair denken gemeengoed is. Ik heb begrepen dat in andere specialismen verbreding van het gezichtsveld eveneens opgang maakt. En in het onderzoek wordt mondjesmaat een multidisciplinaire benadering wat meer gesteund. Last, but not least: ook bij patiënten groeit het bewustzijn dat hun ziek-zijn verschillende dimensies heeft. Ook zij beginnen te weten dat ziekten niet altijd aan 'puur medisch noodlot' kunnen worden toegeschreven en met 'puur medische' methoden, pillen, bestralingen en operaties kunnen worden opgelost. Bovendien, of misschien wel in het verlengde daarvan, willen patiënten niet allemaal nog langer een ouder-kindrelatie met hun huisarts, of een klant-monteursrelatie. Veel mensen willen gelijkwaardigheid, medeverantwoordelijkheid, meedenken.

Hoe moet een arts-patiëntrelatie zijn? Die moet goed zijn, dat wilt u wel van mij aannemen. Maar wat is goed?

Ook aan dit onderwerp heeft Bensing een mooi review gewijd.<sup>4</sup> Er worden twee, elkaar overlappende soorten doktersgedrag onderscheiden, met verschillende doelstellingen: instrumenteel gedrag en affectief gedrag. Het instrumentele gedrag is meer probleemgericht en vooral cognitief en biomedisch van aard; het gaat hierbij om het registreren van symptomen en klachten en van de ziektegeschiedenis, het geven van informatie en voorlichting, het vaststellen van de hulpvraag en dergelijke. Het affectieve gedrag is gericht op het scheppen van een 'goede' relatie. Ik zei al: een groot deel van het succes van medisch handelen is onverklaard. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de verklaring niet alleen in de instrumentele 'biomedische' sfeer gezocht moet worden, maar ook, en misschien vooral, in de affectieve. Bensing refereert aan een groot aantal geschriften, waarin de basisvoorwaarden worden gespecificeerd die nodig zijn voor het onderkennen van psychosociale aspecten in de problematiek en die het psychotherapeutisch gehalte van het artsengedrag bepalen. Ik lees:

respect, warmte, echtheid, acceptatie en, jawel, empathie. Alle auteurs zijn het erover eens dat empathie één van die basisvoorwaarden is, wellicht de basisvoorwaarde. Dat dacht ik al veertig jaar, en ik denk het nog. Maar is het zo?

### Wat is empathie?

De literatuur – grotendeels theoretische, reflectieve geschriften – is indrukwekkend, van omvang, van diversiteit, van complexiteit, en soms van mistigheid – voor zover ik die literatuur ken. Het grootste deel heb ik vroeger gelezen. Er waren dan mensen aan het woord die ervan overtuigd waren dat empathie belangrijk is in het contact tussen dokter en patiënt, die dat zelf ervaren hadden en zo goed mogelijk probeerden te beschrijven wat die ervaringen inhielden en waarom zij die zo belangrijk achtten. Bij dit soort onderzoeken kon het woord empathie een 'geur van hoger honing' krijgen, dezelfde geur die woorden als 'medemenselijkheid' of 'ontmoeting' kunnen verspreiden. Het is begrijpelijk dat dat korzelige gevoelens kan oproepen. Vragen als: wat bedoel je eigenlijk met dat begrip empathie, wat betekent het in termen van concrete, voor iedereen waarneembare, meetbare, verbale en non-verbale fenomenen? Kortom: maak het eens hard. En als dat nog niet gebeurt is, of niet gelukt, of niet eens kan, zullen we er dan maar over ophouden? Ik bezondigde mij wel eens aan deze twijfels. Maar het begrip empathie is nooit door mij verketterd of verworpen. Er is geen enkele reden voor mij om over dit begrip verder maar te zwijgen. Integendeel. Waarom?

Aan empathie valt wel degelijk iets te onderzoeken. Ik kom daar later op terug. Maar dat iets onderzoekbaar is, maakt het nog niet belangrijk. Wat voor mij telt, is dat ik mij in de geschriften over dit begrip herken. Het feit dat het begrip 'liefde' nog niet in zijn volle omvang en complexiteit zo 'geoperationaliseerd' is dat iedereen zegt: 'Aj! Ja, dát is liefde,' het feit dat mij nog nooit in een paar keiharde dia's is getoond hoe belangrijk de liefde is, die feiten zijn voor mij nog geen aanleiding om het nooit meer, of voorlopig nog maar niet, over de liefde te hebben, niet in dat begrip te 'geloven' en er niet over te lezen. Ik heb vroeger verstandige, nuchtere dingen over empathie gelezen. De laatste jaren had ik zo veel andere dingen aan mijn hoofd dat ik niet bij kon blijven op dit gebied. Twee recente reviews zijn voor mij belangrijk geweest bij het schrijven van wat nu volgt.<sup>5,6</sup>

Empathie is voor mij de mentale activiteit waarmee je een ander, in dit geval een patiënt, probeert te leren kennen en te begrijpen. Het is een vorm van kijken en luisteren naar iemand. Het is niet puur observeren, het is niet puur registreren, het is waarnemen met een bedoeling en die is: de binnenwereld van een ander te leren kennen via de verbeelding. Je verbeeldt je wat er in de ander leeft en dat doe je met de hoop dat die ander zich, als je je verbeelding aan hem of haar voorlegt, zich herkend voelt. Je hoopt dat de ander zegt, om Raskin te citeren: 'Yes, that's it! That's how I feel! That's what I meant!'<sup>5</sup> Niets bijzonders dus. Iedereen kent het verlangen een ander te begrijpen, het genoegen te merken dat

dat lukt, het verlangen begrepen te worden en de aangename gewaarwording dat dat gebeurt. Iedereen voelt ook wel aan hoe essentieel deze dingen zijn voor een relatie. Hoe treurig is het niet, hoe slecht voor een verhouding, als je te horen krijgt dat je de ander niet aanvoelt, niet kent, of als je merkt dat iemand niet naar je luistert, of geen idee heeft van wat je bezielt.

In het 'That's how I feel! That's what I meant!' komt tot uitdrukking dat empathie een affectieve kant heeft en een cognitieve. Je moet je een beeld vormen van dat mengsel van gevoelens, wensen, verwachtingen, denkbeelden en voorstellingen dat we binnenwereld noemen. Affectieve en cognitieve componenten van de empathie zijn dan ook onlosmakelijk met elkaar verstrengeld. Empathisch begrijpen gaat verder dan het begrijpen van iemands betoog of redenering, ook verder dan aanvoelen van wat iemand beweegt of met iemand meevoelen. Empathisch begrijpen is het product van een tijdelijke verplaatsing in een ander. De beroemde definitie van Rogers geldt wat mij betreft nog steeds: 'To perceive the internal frame of reference of another with accuracy, and with the emotional components and meanings which pertain thereto, as if one were the other person, but without ever losing the "as-if" condition'.<sup>1</sup> Anders gezegd: empathie behelst de vraag: wat voel ik en denk ik als ik mij even verbeeld die ander te zijn? En – ik zei het ook al eerder – die behelst ook de vraag: is wat ik voel en denk ook inderdaad wat de ander voelt en denkt? Men moet empathie ook tonen en bereid zijn het risico te lopen ongelijk te krijgen. Empathie verwijst naar een wetenschappelijke instelling.

Dit alles is heel gewoon, ik zeg het nog maar eens. Het is gewoon 'medemenselijk'. Empathie hoort tot de standaarduitrusting die nodig is voor de 'ontmoeting' van mensen onder elkaar. We kunnen niet zonder. Zonder empathie geen compassie, geen solidariteit; empathie behoort tot de allerelementaireste voorwaarden voor de samenleving. Maar er zijn wel gradaties. Mensen kunnen sterk verschillen in bereidheid of vermogen om zich te verplaatsen in anderen. Ik heb dat gemerkt als onderwijzer van studenten, opleider van assistenten, deelnemer aan collegiaal overleg en last but not least, als patiënt. In al die hoedanigheden heb ik mensen ontmoet die contact maakten dat iets had van die *good friendship* die ik eerder noemde en mensen die ik simpelweg botteriken zou willen noemen en de mensen daartussenin. Maar 'ertussenin' vind ik eigenlijk niet genoeg voor een arts. Mijn ervaring en mijn overtuiging zeggen me: empathie is een noodzakelijke voorwaarde voor het overgrote deel van de diagnostiek en het overgrote deel van het therapeutisch handelen. Hoe meer empathie hoe beter. Over empirische steun kom ik nog te spreken.

Die gecompliceerde mentale activiteit die we empathie noemen, acht ik in essentie een wetenschappelijke activiteit. Het gaat niet om aardig voor een ander zijn of sympathiseren met een ander, het gaat erom kennis te verwerven over een ander. In tegenstelling tot wat er vaak gedacht wordt, moet een arts zijn wetenschappelijke houding concretiseren door als persoon deel te nemen aan de ontmoeting met de patiënt. Alleen als persoon kun je je een beeld vormen van andermans gedachten en gevoelens; die moet

je daarvoor namelijk zelf denken en voelen. Bovendien moet je bedenken dat je je patiënt niet door een *one-way screen* ziet. Wat je te zien en te horen krijgt, is ook afhankelijk van je eigen gedrag en je eigen vraagstelling. Om te weten wat die ander van binnen beleeft, zou je idealiter moeten deelnemen aan de ontmoeting zonder vraagstelling, open, ontvankelijk, onbevooroordeeld. Je wilt immers weten hoe het met iemand 'is'. Illusie, ik weet het, maar toch.

Er wordt wel verondersteld dat naarmate de empathie 'intensiever' is, het therapeutisch gehalte van de arts-patiëntrelatie stijgt. Empathie zou zelfs van een noodzakelijke voorwaarde kunnen groeien tot een voldoende voorwaarde. Ik begrijp die gedachte. Momenten van hevig wederzijds begrip kunnen het idee geven: nu 'gebeurt' er iets belangrijks. Ze horen bij een therapie, inderdaad, maar of deze momenten voldoende zijn voor iemand om verder te komen, betwijfel ik. In een ander verband heb ik me al eerder over de therapeutische kracht van dit soort belevingen sceptisch uitgelaten. Het ging dan om het verband tussen dichterschap en dokterschap. Er zijn veel mensen die aan poëzie 'therapeutische' eigenschappen toekennen. En inderdaad, poëzie kan een sprakeloos gevoel van 'gekend worden' teweegbrengen: een ontroerende ervaring, die emotioneel en cognitief is tegelijkertijd en die nog het beste kan worden beschreven met: 'That's it! That's what I feel. That's what I meant.' Maar ik reken deze ervaring tot het domein van het gezonde geestelijke bestaan. Iemand die therapie nodig heeft, wordt mijns inziens van poëzie niet beter. Die heeft een therapeut nodig, een empathische, dat wel, maar de therapeut moet ook nog iets meer kunnen, moet zelfs zo nu en dan een pil kunnen geven of laten geven.

De opletende lezer zal zich misschien herinneren dat ik zei dat empathie voor mij veel betekende in alle hoedanigheden, ook die van onderzoeker. Wat betekende het dan in die hoedanigheid? Het noopte tot bescheidenheid. De empathische houding brengt met zich mee dat je de enorme afstand kan overzien tussen de complexe werkelijkheid van de individuele personen die je ontmoet en de generalisaties die wetenschappelijk onderzoek oplevert.

### Is empathie 'goed'?

Uit het voorgaande zou men kunnen opmaken dat ik empathie goed vind. Dat is een misvatting. Het is mijns inziens een zeer belangrijk onderdeel van ons gedragsrepertoire. Het kan 'goed' worden gebruikt, en 'slecht'. Ik acht het een *conditio sine qua non* voor een goede, dat wil zeggen effectieve en humane geneeskunde. Maar waarom? Waar baseer ik mij dan op, behalve op ervaring en overtuiging?

Nogmaals, veel van de effectiviteit van ons geneeskundig handelen is onverklaard en heeft te maken met de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie. Er zijn geen prospectief, dubbelblind gecontroleerde onderzoeken die laten zien dat empathie een belangrijke therapeutische component van die arts-patiëntrelatie is. Laat staan de enige. Er zijn wel aanwijzingen dat empathisch gedrag gecor-

releerd is met de kwaliteit van de diagnostiek: de detectie van psychosociale aspecten van de problemen die de arts tegenkomt en de psychiatrische diagnostiek in engere zin zijn beter als het gedrag van de dokter empathischer is. Ook de resultaten van de behandeling blijken te zijn gecorreleerd met het empathisch gehalte van het therapeutisch gedrag.<sup>5</sup> Ook twee Nederlandse promotieonderzoeken wijzen in dezelfde richting: empathie schept de noodzakelijke voorwaarde voor de kwaliteit van huisartsconsulten, respectievelijk voor de kwaliteit van psychoanalytische interventies.<sup>4,6</sup> Zonder empathie geen adequate diagnostiek, respectievelijk geen vruchtbaar therapeutisch gedrag. Dit wil uiteraard niet zeggen dat men het bij diagnostiek en therapie maar bij empathie kan laten: 'Mm, mm, ja ja, zo zo, nou nou,' en dan komt het wel goed. Er zal ook met kennis van zaken actief moeten worden geëxploreerd bij het analyseren van een probleem. En een volstrekt *client-centered*, een volmaakt non-directief, een uitsluitend empathisch optreden zijn niet voldoende om iemand therapeutisch te helpen. In sommige gevallen acht ik het ook schadelijk. Voor psychotherapeutische effecten zijn meer vaardigheden nodig. Empathisch gedrag kan zeer bevrijdend zijn, het kan een overweldigend gevoel van herkenning en erkenning geven, maar het kan ook zeer pijnlijk en confronterend zijn. Men moet scherp aanvoelen hoe gunstig en hoe schadelijk het is iemand te laten weten dat je achter zijn of haar façade kijkt. Misschien is het ook wel een kwestie van empathie hoever men gaat met de empathie.

Empathie kan ook nog op een andere manier schadelijk zijn. Het kan worden gebruikt als instrument om macht uit te oefenen. Het lijkt me een even noodzakelijke voorwaarde voor effectieve kwellerij, pesterij, oplichterij, onderdrukking, versierderij, enzovoort, enzovoort, als voor het nobele medische handwerk. Empathie kortom is goed als het goed is.

### Slot

Nog eenmaal: wat is empathie? Het is moeilijk te zeggen. Soms als ik iets heel moeilijk vind om te zeggen en iets me erg aan het hart gaat, maak ik een gedichtje.

Ga nu maar liggen liefste in de tuin,  
de lege plekken in het hoge gras, ik heb  
altijd gewild dat ik dat was, een lege  
plek voor iemand, om te blijven.



*jongen in het gras (olieverf op doek)*, van G.P. Seurat, ca. 1882.  
Glasgow Art Gallery and Museum, Scotland/Bridgeman  
Art Library

### Literatuur

- 1 Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 1957;21:95-103.
- 2 Van Lidth de Jeude AH. De huisarts in de maalstroom der emoties. Leiden: Stenfert Kroese, 1971.
- 3 Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1964.
- 4 Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into effective and instrumental behaviour in general practice [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1991.
- 5 Bohart AL, Greenberg LS. Empathy Reconsidered. New directions in psychotherapy. Baltimore: United Books Press, 1997.
- 6 Van Strien APM. Empathie. Een kwaliteitsaspect van de psychoanalytische praktijk? [Proefschrift] Amsterdam: Thela Thesis, 1999.