

DE MEDISCHE RELATIE ALS MEDISCH-PSYCHOLOGISCHE PARAMETER*

door Prof. Dr. R. PIERLOOT, Leuven

Medische psychologie wordt door WEIJEL in aansluiting aan Duijker, gedefinieerd als de psychologie van de medische situatie (1). Van deze medische situatie maakt het contact en de interactie tussen dokter en patiënt zeker een belangrijk aspect uit. Vandaar dan ook de interesse in de medische psychologie voor de relatiepatronen die in deze interactie tussen dokter en patiënt uitgebouwd worden. 'La relation médecin-malade est le principal sujet d'étude de la psychologie médicale' schrijft SCHNEIDER (2).

De therapeutische weerslag van de medische relatie werd vooral door het werk van BALINT (3) in het licht gesteld. Zo is de notie van 'medicament-dokter' tot een ruim aanvaard en verspreid begrip uitgegroeid. Dat de wijze waarop de contactname tussen arts en patiënt psychologisch beleefd en ervaren wordt, een rol speelt in het verloop van het ziektegebeuren kan moeilijk in twijfel getrokken worden. De vraag in hoeverre hierover reeds een zekere geconceptualiseerde en mededeelbare kennis kan uitgebouwd worden blijft nog problematisch.

Ook vanuit andere gezichtshoeken werd het probleem van de medische relatie aan de orde gesteld. Zo heeft de ontwikkeling van de sociale geneeskunde, gepaard aan een toenemende bureaucratisering van de gezondheidszorg, de vraag doen rijzen in hoeverre het handhaven van de medische contactname in een dyadische relatie van de patiënt met een bepaalde dokter mogelijk en noodzakelijk is. SCHAEFER (4) wees erop dat er vaak bezwaarlijk nog van een dyade kan worden gesproken, gezien de maatschappelijke structuur waarin de ziekte als een storende factor bestempeld wordt, als een derde partner fungeert zodat men tot een triade komt. Het is overigens opmerkelijk dat, op welke manier men de gezondheidszorgen ook moge aanbieden, het beschikken over een als 'zijn persoonlijke' dokter beleefde persoon voor de patiënt een ideaal blijft.

In de sociologie wordt de arts-patiënt relatie als een typisch sociocultureel bepaald systeem benaderd. Dit systeem kan geconceptualiseerd worden als een 'geheel of netwerk van gestructureerde betrekkingen en verhoudingen tussen verschillende positiebekleders die hun eigen rolgedrag ten opzichte van elkaar ontplooiën, dat genuanceerd is vanuit de cultuur en meer in het bijzonder vanuit de waarde (en) ter realisering waarvan het sociaal systeem zich opstelt' (5). De opbouw van dit

* Lezing gehouden voor de 'Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen' in Tienen, 24 april 1971.

systeem grijpt plaats in functie van de rol van de patiënt en de artsenrol.

Ook voor de medisch-psychologische benaderingswijze en conceptualisering van de dokter-patiënt relatie biedt het rolbegrip aanknopingspunten. Nochtans moet er met MORGAN en ENGEL (6) op gewezen worden dat 'The general consideration of the roles of the physician and patient does not define the nature of the relationship between any one physician and patient. This is determined more by the circumstances of the illness, the personal characteristics of the physician and of the patient, and the previous experiences of each. By no means are all of these determinants either conscious or rational on the part of either. The attitude of each toward the other may be based as much on personality characteristics, prejudices, or unconscious mental attitudes as upon the reality of the situation'.

Wanneer men de contactnamen tussen patiënt en dokter als een tussenmenselijke relatie zoekt te beschrijven en in zekere modellen onder te brengen, dan kan men van twee verschillende uitgangspunten vertrekken. Men kan deze contactnamen zien als een vorm van interactie die zich op verschillende wijzen kan afspelen en gestructureerd worden. Maar men kan ook de relatie beschouwen als een belevenis die niet tot de directe interactie beperkt blijft, waarbij arts en patiënt voor elkaar iets betekenen afgezien van een reële aanwezigheid of contactname. Vanuit deze beide standpunten is men tot het opstellen van zekere modellen gekomen waarin men de psychische belevenissen in de dokter-patiënt ontmoeting poogt vast te leggen.

VORMEN VAN COMMUNICATIEVE INTERACTIE IN DE DOKTER-PATIËNT CONTACTNAME

In de contactnamen tussen dokter en patiënt grijpt er een voortdurende uitwisseling van gegevens plaats. De patiënt brengt klachten, vragen en inlichtingen in verband met zijn ziekte en zichzelf. De arts luistert, stelt vragen, geeft informatie en behandelingsvormen. In het ondergaan of volgen van de voorgestelde behandelingsvormen, het commentariëren of beoordelen ervan, repliceert de patiënt tegenover de geneesheer. De aard van deze uitwisseling wordt bepaald door de klachten of afwijkingen waarvoor de patiënt de dokter raadpleegt, maar tevens door de houding en instelling, bewuste en onbewuste elementen omvattend, van beide partners. Bij het conceptualiseren van verschillende vormen van communicatieve interactie, kan men, zoals Hollender, uitgaan van de respectievelijke activiteit en passiviteit der partners. Men kan zich ook richten op de vormen van communicatie (verbaal tegenover niet-verbaal) de aard en hoeveelheid van de inbreng uitgaande van beide partners.

1 *Het schema activiteit-passiviteit volgens HOLLENDER (7)* — Steunend op de graad en vormen van activiteit en passiviteit door dokter en patiënt aan de dag gelegd onderscheidt deze auteur drie vormen van interactie in de medische situatie:

(a) Activiteit van de arts tegenover passiviteit van de patiënt. In de meest uitgesproken vormen hiervan is de patiënt volledig passief en afhankelijk van de arts die zijn activiteit zonder enige beperking kan doorvoeren. Een dergelijk type van interactie vindt men op specifieke wijze bij de chirurgische ingreep of het behandelen van comateuze patiënten. Ook in de psychiatrie kunnen toestanden voorkomen, zoals de acute psychotische reactievormen, waar zulke vormen van interactie zich opdringen. Genetisch-psychologisch refererend kan men deze vormen van interactie vergelijken met de relatie moeder-zuigeling.

(b) Directiviteit van de arts-medewerking van de patiënt. Hierbij gaat men ervan uit dat de arts op grond van zijn deskundige kennis de leiding in de interactie toegewezen krijgt. Om op een bevredigende wijze de nagestreefde doeleinden te bereiken is het evenwel noodzakelijk dat hij de medewerking van de patiënt weet te bekomen. Dit type van interactie is aangewezen in zeer veel gevallen waar de arts op grond van zijn deskundige kennis van somatische afwijkingen leidinggevend moet optreden. De medewerking van de patiënt is nochtans even noodzakelijk en het is belangrijk dat de dokter in zijn interactie met de patiënt dit voor ogen houdt. Genetisch-psychologisch refererend kan men hier verwijzen naar de relatie tussen ouders en opgroeiende kinderen.

(c) Wederzijdse, gelijkwaardige bijdrage in de interactie. Bij het vooropstellen van een dergelijke vorm van interactie gaat men ervan uit dat de patiënt zijn eigen inbreng te leveren heeft om in overleg met de arts tot de meest bevredigende oplossing te komen. Zekere psychotherapeutische verhoudingen zijn hiervan een specifieke illustratie. Maar ook bij sommige chronische ziekten of readaptatieprocedures bij handicaps kan een dergelijke vorm van interactie de meest vruchtbare resultaten afwerpen. Genetisch-psychologisch refererend kan men verwijzen naar de relatie volwassene ten overstaan van volwassene.

2 *Variaties in vorm en inhoud van de communicatieve interactie* — Heel wat studies zijn gewijd aan de inhoud en vorm van de gegevens welke respectievelijk door dokter en patiënt in de communicatieve interactie uitgewisseld worden. JOYCE (8) stelde een klassificatie op van de elementen die in de directe communicatie tussen dokter en patiënt aangewend worden. Hij onderscheidt hierin vier hoofdcategorieën:

1 — spraak, met als componenten: taal, accent, woordkeuze, woordenschat, toon, stembuiging, pauzes en geruchten;

2 — beweging, met als componenten: uitdrukking, gebaren, houding, geassocieerde handelingen, bijkomstige of toevallige handelingen;

3 — voorkomen, met als elementen: kleding, fysische kenmerken, netheid;

4 — context, met als elementen: vroeger gecontracteerde dokters en patiënten; vroeger bezochte hospitalen of huizen, status, opleiding, actuele omgevingskenmerken.

Op grond van de studie van de eerste contactname tussen 154 patiënten en 76 dokters in opleiding beschrijft DAVIS (9) een tiental verschillende types van interactie: slecht integrerend gedrag, actieve patiënt-permissieve dokter, solidariteitsverhouding, niet-directief antagonisme, informatieve niet-beoordeling, niet wederkerige informatieve houding, evaluatieve congruentie, doortastend verhoor, spanning opbouwend, spanning ontladend. Hij stelde correlaties vast tussen enerzijds patronen zoals actieve patiënt-permissieve dokter, spanning in de verhouding en afwezigheid van wederkerige communicatie met anderzijds het niet volgen van het advies van de arts.

Sommige auteurs onderlijnden speciaal de moeilijkheden in het doorkomen van informatie in beide richtingen van de interactie (10). Zo bestudeerde JOYCE (11) de problemen in verband met het doorkomen en weerhouden van informatie betreffende diagnose, behandeling en prognose, van de dokter uitgaande. AITKEN (12) wees op de moeilijkheden bij patiënten in het communiceren van klachten en symptomen.

ARTS-PATIËNT VERHOUDING ALS PERSOONLIJKE RELATIE

Wanneer men het begrip medische relatie in een ruimere zin beschouwt, dan gaat men ervan uit dat arts en patiënt voor elkaar iets betekenen, afgezien van een reële aanwezigheid of contactname. Men kan zeggen dat de arts in de psychische economie van de patiënt het voorwerp van een zekere investering uitmaakt. Deze vooropzetting kan zelfs uitgebreid worden tot diegenen welke zichzelf momenteel niet als patiënt beschouwen. Het is immers zó dat in zijn leven iedereen er op min of meer expliciete wijze rekening mee houdt dat hij ziek kan worden en een arts hierbij om hulp zal vragen. In deze zin kan men beweren dat de arts een zeker imago vertegenwoordigt in het psychisch leven van elk mens, waarmee de relatie onderhouden wordt, afgezien van de concrete contactnamen welke men met een dokter heeft.

Dit brengt uiteraard mee dat de persoon die een dokter raadpleegt in zijn verwachtingen medebepaald wordt door een bij hem voorhanden zijnd imago van de medicus. Vele vaststellingen uit de medische praktijk pleiten in deze richting. Ten onrechte wil men deze praktijk vaak reduceren tot een ter beschikking stellen van technische kennis bij het opzoeken en herstellen van lichamelijke afwijkingen. Wanneer dit het geval was, hoe legt men dan uit dat herhaaldelijk patiënten, en dit in onze actuele geneeskunde in toenemende mate, toch ontevreden zijn niet-tegenstaande een arts al zijn beschikbare technische kennis heeft aan-

gewend en ten dienste gesteld? Hoewel de patiënt qua technische kennis geen enkele competentie heeft, aanvaardt hij vaak de uitspraak van de dokter niet en volgt zijn richtlijnen slecht of onvoldoende. Hij trekt zijn uitspraken in twijfel, vooral wanneer de dokter geen afwijkingen weet te omschrijven. Hij verwacht toch op een of andere wijze hulp, ook waar de dokter met zijn technische mogelijkheden beperkt is of tekort schiet. Al deze vaststellingen wijzen erop dat de verwachtingen van de patiënt in de relatie tot het beeld van de dokter dat bij hem levend is, andere en meer omvattende zijn dan wat van een technicus van het menselijk lichaam mag verwacht worden. VIANE (13) spreekt van een 'aureool van de medicijnman' aan wie men ondanks alle rationalisme van de moderne tijd op bijna primitief-infantiele wijze (ook de meest intellectuelen) een almacht toeschrijft, bij wie men geborgenheid zoekt en vindt'. POND (14) meent dat de medische autoriteit, benevens op het feit dat de dokter erover beslist om zich ter beschikking te stellen en een zekere professionele kennis bezit, ook berust op een charismatisch aspect.

Steunend op fantasieën, dromen en vrije associatie van patiënten in verband met de doktersfiguur in hun leven komt VALABREGA (15) tot de bevinding dat aan de doktersfiguur volgende kenmerken toegekend worden: autoriteit en superioriteit, prestige, plechtstatigheid, verheven zijn boven taboes en meesterschap over leven en dood.

Het zou verkeerd zijn de medische relatie uitsluitend bepaald te zien door het beeld dat de patiënt van de dokter bezit. Omgekeerd heeft ook de patiënt voor de dokter een zekere betekenis die meer omvat dan een lichaam met afwijkingen of letsels. Juist wanneer de arts probeert om zijn patiënt te reduceren tot een object met bepaalde afwijkingen, gecatalogeerd in de medische handboeken, leidt dit tot uitgesproken irritatie en ontevredenheid bij de dokter. De arts ondervindt immers dat de patiënt van hem nog iets anders verwacht. Daarbij verwacht hij zelf ook van zijn patiënten meer dan alleen maar erkenning van zijn technisch wetenschappelijke competentie. Hij verwacht dat de patiënt zijn autoriteit zal aannemen, ook wanneer deze niet op technische grondslag gefundeerd is. Hij vindt het vanzelfsprekend dat de patiënt alles aanneemt, ook wanneer zijn uitspraken niet op wetenschappelijke zekerheid gefundeerd zijn. Zo vindt de arts het vanzelfsprekend dat de patiënt vrede neemt met vage, geruststellende en aanmoedigende uitspraken.

Overigens doen zich heel wat situaties voor waarin wetenschappelijke competentie weinig of geen rol meer kan spelen. Het meest frappante voorbeeld hiervan is de ongeneeslijke ziekte. Toch verwachten ook in deze situatie de dokter en patiënt nog iets van elkaar. De patiënt verwacht dat de arts hem ook tot in de dood een zekere begeleiding kan geven. De dokter, hoewel misschien onwennig en onwillig, voelt zich ergens verplicht ook hierbij aan zijn patiënt een zekere leiding en steun te geven. In min of meerdere mate blijft de patiënt steeds iemand voor

wiens welzijn de dokter zich verantwoordelijk voelt en die hij dan ook niet alleen als een object van wetenschappelijke benadering kan ervaren. Aan het beeld dat dokter en patiënt van elkaar bezitten en dat de verwachtingen waarmee ze elkaar benaderen kleurt, ligt een relationeel gebeuren ten grondslag dat zich ook buiten de concrete contactname en afgezien van de concrete partners uitstrekt. De individuele variaties welke binnen deze structuur van interpersoonlijke relatie voorkomen worden door tal van factoren bepaald. Persoonlijkheid van de partners, aard van de aandoening waarvoor de arts geraadpleegd wordt, sociaal-culturele organisatie waarin de arts-patiënt geïntegreerd is, plaats van de arts binnen de gedifferentieerde taakverdeling in de gezondheidszorg kunnen tot de voornaamste factoren gerekend worden.

Om individuele verschillen binnen een samenhangend geheel te kunnen rangschikken is het nodig tot een model te komen waarin de individuele variaties op grond van zekere variabelen kunnen worden voorgesteld. De bij de arts-patiënt relatie vooropgezette modellen zijn overgenomen uit andere disciplines welke zich op vormen van tussenpersoonlijke relaties richten. Zo zijn de modellen van 'humane ontmoeting' en 'medische overdracht' afkomstig uit de psychotherapie. De concepten van rol- en statusverhouding zijn uit de sociale psychologie en de sociologie overgenomen.

He is aannemelijk dat men concepten en modellen, uitgaande van andere benaderingsvormen en interpersoonlijke relaties, ook op het domein van de medische relatie gaat toepassen. Nochtans moet men voor ogen houden dat de specifieke kenmerken van de medische relatie in acht moeten worden genomen. Zo is het duidelijk dat de dokter-patiënt verhouding niet gewoon kan gelijkgesteld worden met psychotherapeutische relatie. Deze laatste berust immers op een reeds impliciete of expliciete aanvaarding van het situeren der problematiek op een psychologisch plan, waar dit in de gewone medische situatie zeker niet het geval is. Bij het situeren van de medische relatie in het kader van sociale structuren mag men niet uit het oog verliezen dat de basis van deze relatie, namelijk het herstel van gezondheid of eventueel zelfs het leven, onvergelijkbaar is met andere objecten van sociale uitwisseling.

1 *De medische relatie als een 'humane ontmoeting'* — In Daseins-analytische en antropologische psychotherapievormen wordt de therapeutische relatie als een 'ontmoeting' bestempeld. Zoals BUBER (16) het zo kernachtig uitgedrukt heeft, ontvouwt de wereld zich aan de mens op tweeërlei wijzen op grond van de tweeledige houding welke de mens kan aannemen: 'de houding van de mens ontvouwt zich naar twee zijden op grond van het tweeledig karakter der grondwoorden welke hij kan spreken. De grondwoorden zijn geen afzonderlijke woorden, doch woordparen. Het ene grondwoord is het woordpaar Ik-Gij, het andere grondpaar is het woordpaar Ik-Het; waarbij Het gesubstitueerd

kan worden door Hij of Zij zonder dat de zin van het grondwoord daardoor verandert'.

Zoals elke menselijke relatie kan ook de dokter-patiënt verhouding als een Ik-Gij ontmoeting beschouwd worden. De patiënt wordt dan niet ervaren als een object, als een ding, maar als een persoon die in zijn wezen uniek is. Dit behelst een volledige inzet van de eigen persoon in een directe allesomvattende relatie. 'Het grondwoord Ik-Gij kan men slechts met zijn gehele wezen uitspreken. De samenbundeling en versmelting tot het totale wezen kan nooit door mij en evenmin zonder mij plaatsvinden, ik ontsta aan het Gij; terwijl ik een Ik word, zeg ik Gij'. Een hierop gebaseerde, maar in therapeutische zin uitgewerkte visie vinden we ook in de opvattingen van ROGERS (17). Alleen wanneer de therapeut, echt, onvoorwaardelijk aanvaardend en empathisch medelevend tegenover zijn patiënt staat, kan deze laatste tot zelfontplooiing en zelfrealisatie komen.

Men kan zich afvragen in hoeverre een 'menselijke ontmoeting' in de dokter-patiënt relatie in het algemeen tot stand kan komen. In hoeverre is het met de objectiverende instelling van de dokter te verzoenen de relatie van elke patiënt tot een unieke vorm van menselijke ontmoeting te laten uitgroeien? Een genuanceerde visie vinden we hierover in de opvattingen van VON GEBSATTEL (18). Hij onderscheidt in het medisch handelen drie 'Sinnstufen'. Vooreerst is er de oersituatie van het aangesproken worden door de nood van een ander. Daarin wordt de mens tot medemens. De dokter zet zich open voor de nood, een nood die hulp zoekt, want de ziekte is altijd 'een ergens niet kunnen'. Maar in deze oersituatie staat de mens eigenlijk nog niet als dokter. Om als dokter hulp te kunnen bieden is een afstand nemen noodzakelijk. Dit geldt overigens niet alleen voor de dokter-patiënt relatie, maar uiteindelijk voor elke tussenmenselijke relatie zoals BUBER het zo treffend beschreef: 'De verheven melancholie van ons lot is evenwel, dat ieder Gij in onze wereld tot een Het moet worden. Hoe uitsluitend tegenwärtig het Gij ook was in de directe relatie — zodra de relatie teloor is gegaan of vertroebeld door het middel, wordt het tot een ding onder de dingen, tot Gegenstand mogelijk tot het belangrijkste Gegenstand, maar desondanks tot een door maat en grens bepaald object . . . Elke Gij in de wereld is krachtens zijn wezen gedoemd ding te worden of althans steeds opnieuw in de sfeer van de dingen in te gaan' (19).

Maar na deze vervreemding kan men, volgens Von Gebattel, komen tot een derde 'Sinnstufe' die in het teken staat van het partnerschap. De dokter erkent in de ander niet langer meer de nood van de zieke mens maar hij erkent de ander als een 'persoon' in nood. Hij erkent in de nood van de patiënt iets van zijn eigen nood als mens, iets van de algemeen menselijke nood die een weerspiegeling is van het transcendente bij ieder mens. In het eeuwige onvoldaan zijn van de mens, zijn de dokter en de patiënt partners en komen zij tot een verhouding van

communicatie. Dit kan de achtergrond en het tegenwicht vormen bij de asymmetrische relatie welke de arts-patiënt verhouding spijs alles blijft. Naar de woorden van TOURNIER: 'A personal word from the doctor has an enormous influence in his relationship with the patient. It creates a real attachment, it fills in the asymmetric aspects of their relationship and brings about for both of them a sincere feeling of human fellowship' (20).

2 *Het model van 'de medische overdracht'* — Wanneer we beproeven de arts-patiënt relatie te conceptualiseren, dan kunnen we uitgaan van zekere grondvormen van interpersoonlijke relaties zoals ze in de psychoanalytische opvattingen voorgesteld worden.

Daar onderscheidt men enerzijds relaties die plaats grijpen met objecten in hun actuele realiteitsbetekenis, anderzijds relaties met objecten in zoverre deze laatste verwijzen naar verhoudingen beleefd ten overstaan van figuren uit de vroegkinderlijke levensgeschiedenis. Deze laatste bestempelt men ook als relaties ten overstaan van een innerlijke realiteit, bestaande uit geïnterioriseerde objecten. Een individu staat dus in een dubbele positie, gebonden aan vroegkinderlijke relatievormen met geïnterioriseerde objecten en tezelfdertijd strevend naar een aanpassing op een niveau van volwassen, actuele relatievormen. De, grotendeels onbewuste, relaties met geïnterioriseerde objecten liggen aan de basis van het verschijnsel 'overdracht', dat zich ook in de arts-patiënt verhouding exterioriseert.

Het verschijnsel overdracht werd oorspronkelijk door FREUD (21) beschreven, uitgaande van de belevenissen van patiënten in psychoanalytische behandeling ten overstaan van de therapeut. Hij stelde vast dat zekere affectieve uitingen van de patiënten ten overstaan van de therapeut overeenstemden met gevoelens en ervaringen welke ze vroeger ten overstaan van ouderfiguren beleefd hadden. Het overdrachtsfenomeen werd dan ook oorspronkelijk gedefinieerd als een herhaling ten overstaan van de analyticus, van de tussenpersoonlijke relaties (aandriften, gevoelens, actiemiddelen, keuze en objectwaarneming, dit alles functioneel verbonden) welke in de kindertijd ten overstaan van ouders of sleutelfiguren tot stand kwamen.

Naderhand heeft men vastgesteld dat dergelijke verschijnselen niet tot de analytische situatie beperkt blijven. Levenssituaties waarin dergelijke fenomenen vrij frequent kunnen worden opgemerkt zijn: de reacties van adolescenten ten overstaan van oudere personen van hetzelfde of het andere geslacht, verhoudingen van werkgevers ten overstaan van werknemers, verhoudingen tussen echtgenoten enz. Ook de arts-patiënt relatie, afgezien van elk psychotherapeutisch ingrijpen, levert een vruchtbare voedingsbodem voor dergelijke belevenissen. Men kan dan spreken van 'medische overdracht'. Door het feit dat het gaat om een heterogene verhouding, waarbij één van de partners door autoriteit,

kennis en prestige tegenover de ander in een bevoorrechte statuspositie verkeert, wordt het overdrachts-fenomeen in de medische situatie gemakkelijk gestimuleerd.

Zekere aspecten van de medische situatie kunnen het optreden van overdrachtsbelevissen vergemakkelijken. Eén hiervan is de éénvormigheid van de situatie, het best terug te vinden bij de regelmatige raadpleging in de spreekkamer van de dokter en veel minder uitgesproken bij contacten met de huisdokter die ten huize komt en ook voor andere leden van het gezin aangesproken wordt; ook groepsgeneeskunde, teamwork is minder favoriserend. Ook het meer geprononceerd zijn van niet-verbale elementen in de relatie (zekere lichamelijke onderzoeksmethoden of behandelingen) zou overdrachtservaringen in de hand werken.

Het zou naïef zijn te menen dat overdrachtsrelaties zich slechts in één richting, van de patiënt uitgaande, voordoen. Ook de dokter draagt in de benadering van zijn patiënten zijn persoonlijke levensgeschiedenis mee. Reeds de keuze van het doktersberoep zal vaak door vroegkindelijke affecten en conflicten medebepalend zijn. De wijze van optreden tegenover zijn patiënten of tegenover bepaalde categorieën van patiënten bevat ongetwijfeld heel wat elementen die niet door de actuele situatie kunnen verklaard worden maar als 'tegenoverdracht' te bestempelen zijn. Volgens G. BIBRING komt tegenoverdracht vooral tot uiting in stereotype 'bedside manners such as the invariably 'warm and understanding', 'the strong and reserved', 'the calm and scientific', 'the jovial', 'the charming', 'the learned and authoritative' or 'the wise and crusty' kind of physician' (22).

Het beschouwen van de arts-patiënt relatie volgens het model van de medische overdracht heeft ook geleid tot de ontwikkeling van methoden om de overdrachtsbelevens te meten en kwantitatief uit te drukken (22, 23). De meest toegepaste zijn de Semantische Differentiaal van Osgood en de Repertory Grid Technique afgeleid van de Role Construct Repertory Test van Kelly.

Het principe van de Semantische Differentiaal bestaat hierin dat men de proefpersoon vraagt zekere kwalificaties (te kiezen uit een aangeboden, gestandaardiseerde lijst) toe te kennen aan bepaalde personen uit zijn actueel en vroeger milieu (eventueel ook fictieve personen). Uit de gelijkenis tussen de aan bepaalde personen toegekende kwalificaties gaat men tot een gelijkenis in de houding van de proefpersoon tegenover deze personen besluiten. Wanneer men op deze wijze gelijkenissen vindt in de houding t.o.v. actuele figuren en t.o.v. ouderfiguren kan dit als een maat van de overdrachtsbelevens beschouwd worden.

In de oorspronkelijke Role Construct Repertory Test van Kelly wordt de proefpersoon verzocht personen op te geven die hij kent. Deze 'elementen' worden dan aan het subject aangeboden in triades waarbij

hem gevraagd wordt aan te duiden in welk opzicht ten minste twee elementen op elkaar lijken en met het derde contrasteren. De bekomen adjectieven zijn de 'constructs'. In de hiervan afgeleide Repertory Grid Technique wordt aan het subject gevraagd alle elementen te kwoteren in functie van zijn constructs waarbij deze laatste tot bipolaire concepten herleid worden. Door de elementen op een horizontale as en de constructs op een verticale as te plaatsen krijgt men een 'Grid' waarvan elke cel de intersectie van een element en een construct betekent. Door het merken van cellen kent men aan elementen een bepaalde pool van een construct toe.

Twee typen van 'Grids' worden gebruikt. In deze van Kelly zelf zijn de constructs bipolair en de proefpersoon moet de elementen over twee klassen, elke evenveel elementen bevattend, verdelen. In de methode van Bannister wordt een rangorde gegeven aan de elementen ten overstaan van de constructs. In de eerste methode bekomt men een 'matching-score', in de tweede een 'relationship-score'. Door de keuze van bepaalde elementen en constructs, verwijzend enerzijds naar actuele anderzijds naar vroeg-kinderlijke relaties, kan hierin een maat van de overdrachtsbelevissen uitgebouwd worden.

Deze methoden kunnen toegepast worden zowel voor het meten van overdrachts- als tegenoverdrachtsfenomenen. Ze zijn evenzeer voor de studie van individuele gevallen (met eventuele evolutie in de tijd) als van groepen bruikbaar.

Het min of meer uitgesproken zijn van elementen van medische overdracht (zoals deze door de hierboven geciteerde methoden kunnen worden vastgesteld en gemeten) zal afhangen van de persoonlijkheid van de partners en van de structuur van de medische situatie. Bij de interpretatie van bevindingen zal met beide rekening moeten worden gehouden.

Een illustratie hiervan is het onderzoek van HOUBEN (25). Met de Grid Technique, in de modificatie van Bannister, werd nagegaan in hoeverre bij bepaalde categorieën van patiënten verschillen in overdrachtsbelevissen ten overstaan van onderscheidene therapeutische figuren, waarmee ze in contact gekomen waren, konden worden vastgesteld. Bij neurotische patiënten, in een psychotherapeutische hospitalisatiesetting verblijvend, bleek dit inderdaad het geval te zijn. Daartegenover werden bij neurotische patiënten, in een weinig gedifferentieerde psychiatrische dienst ondergebracht, geen verschillen in overdrachtsbelevissen tegenover de onderscheidene therapeutische figuren gevonden. Bij psychosomatische patiënten, in een algemeen ziekenhuis verblijvend, konden geen verschillen vastgesteld worden in de overdrachtsscores tegenover psychiater, internist of algemene practicus. Dit ontbreken van verschillen pleit uiteraard niet tegen het bestaan van overdrachtsbelevissen bij deze patiënten, maar wijst er toch op dat deze overdrachtsbelevissen weinig gedifferentieerd zijn uitgebouwd. In hoeverre dit op

rekening van een bepaalde medische situatie te schrijven is of door persoonlijkheidsaspecten van bepaalde categorieën van patiënten (armoede in fantasmatisatie bij psychosomatische patiënten) moet verklaard worden, blijft een open vraag.

3 *Het rolconcept in de arts-patiënt relatie* — De socioculturele structuur waarin de mens ingeschakeld is draagt ertoe bij om bepaalde tussenpersoonlijke relatievormen een specifieke plaats en karakter toe te kennen, welke zijn uitdrukking vindt in de 'rol' door de partners te vervullen.

Sommige auteurs, zoals PARSONS (26) gaan zover dat ze gans de menselijke ontwikkeling en de opbouw van zijn 'ik' zien als een assimilatie van rollen. Het kind ontwikkelt van jongsaf een toenemende differentiatie in het onderscheiden van rollen en daarop steunende relaties met de personen uit zijn omgeving. Het assimileert deze verschillende rollen zodat het in staat is op zinvolle wijze met anderen om te gaan ook in een groep waarvan de verschillende leden zowel onderlinge relaties als een verhouding tot hemzelf manifesteren. Tezelfdertijd ontwikkelt het kind een beeld van zichzelf in deze verschillende rollen zoals het zich in de interactie met anderen gereflecteerd ervaart.

Zo heeft PARSONS ook de respectievelijke dokters en patiëntenrol beschreven, op grond waarvan hun relatie binnen de sociale structuur kan worden bepaald (27). Zo wordt de artsenrol gedefinieerd:

- hij bekleedt een verworven positie op basis van deskundigheid en niet een toegewezen positie;
- zijn rol is functioneel specifiek en niet diffuus; ten overstaan van de patiënt is zijn domein afgebakend;
- in zijn beroepsuitoefening is hij op de collectiviteit gericht en niet op zichzelf;
- zijn gedrag oriënteert zich op universele, niet op particuliere waarden; particuliere eigenschappen van de patiënt mogen zijn houding niet beïnvloeden.

Complementair hieraan wordt de rol van de zieke bepaald in volgende zin:

- hij wordt van sociale verplichtingen ontheven maar ook het recht hiertoe wordt hem onzegd: hij moet en hij mag niet arbeiden;
- hij is niet verantwoordelijk voor zijn aandoening en heeft daarom recht op hulpverlening;
- er wordt verwacht dat hij zijn situatie als ongewenst waardeert en verlangt beter te worden;
- er wordt van hem verwacht dat hij technisch competente hulp zal zoeken en medewerken met de helper.

Het 'rol'-concept, zoals het door Parsons gehanteerd wordt, behelst in feite bepaalde vormen van gedrag welke vanuit maatschappelijk standpunt mogen worden verwacht. Het gaat hier om wat ROMMETVEIT

(28) bestempelt als 'prescribed roles'. Hiermede stemt ook overeen de notie van 'status' volgens LINTON (29) of 'social status' in de opvattingen van SROLE (30).

Wanneer men concreet nagaat welke gedragingen patiënten van de arts verwachten, dan blijkt dit nogal uiteen te lopen. MECHANIC (31) onderzocht 350 patiënten in verband met de eigenschappen welke ze van de arts verwachten en kreeg de volgende percentages van antwoorden:

- competentie en deskundigheid: 45%
- aan de dag leggen van persoonlijke interesse: 41%
- sympathiek, vriendelijk gedrag: 37%
- huisbezoeken doen: 21%
- aan de patiënt de waarheid zeggen: 19%
- voldoende tijd hebben voor de patiënt: 17%
- betrouwbare, zorgzame handelwijze: 16%
- beschikbaar zijn zo nodig: 15%
- de zaken dusdanig uitleggen dat de patiënt het begrijpt: 14%
- naar de patiënt luisteren: 12%.

Aansluitend hieraan kan men zich afvragen of men niet beter kan spreken van meerdere 'rollen' welke de arts te vervullen heeft in de relatie met de patiënt, in plaats van uit te gaan van de 'doktersrol' als zodanig.

Men komt dan tot een rol-concept volgens de definitie van BATES als 'a part of a social position consisting of a more or less integrated or related sub-set of social norms which is distinguishable from other sets of norms forming the same position' (32). Ook betreffende de patiëntenrol kunnen dezelfde beschouwingen gelden.

Men kan het rolbegrip nog verder differentiëren en als 'subjectieve rol' bestempelen de wijze waarop het individu zelf de aan hem gestelde verwachtingen ervaart. De 'role performance' of wijze waarop hij zijn rol vervult wordt hierdoor bepaald maar men kan tevens gemodificeerd worden door feed-back mechanismen van de anderen uitgaande (30).

De medische relatie, gezien als een verhouding van wederzijdse verwachtingen en daarmee samenhangende rollen, is ongetwijfeld een model dat vruchtbare mogelijkheden biedt voor sociologische en sociaal-psychologisch georiënteerde onderzoeken. Men moet echter wel met de complexiteit van het rolbegrip rekening houden.

Heel wat problemen kunnen vanuit dit perspectief benaderd worden. Zo is er de vraagstelling van de reciprociteit van de rollen in een dyadische relatie zoals de arts-patiënt verhouding. In het algemeen zal het realiseren van bepaalde doelstellingen in een dyadische relatie bevorderd worden wanneer de rollen, door de partners vervuld, complementair zijn (bv. leiding geven — leiding krijgen) (33). Wanneer dokter en patiënt aan elkaars verwachtingen beantwoorden wordt aan deze voorwaarde voldaan. Waarschijnlijk is dit een belangrijk argument in het tot stand komen van een specifieke patiëntensamenstelling rond een be-

paalde dokter. SPIEGEL (34) wees er ook op dat een ondersteunende psychotherapie gebaseerd is op het vervullen door de dokter van de rol welke hem door de patiënt wordt toebedeeld. De vraag stelt zich in hoeverre een dergelijke wederkerigheid altijd mogelijk is en welke de weerslag hiervan is op het medisch gebeuren.

Een andere, met het rolconcept samenhangende, problematiek is deze van de interferentie van verschillende rollen door dezelfde persoon, zowel patiënt als arts, bekleed. In dit opzicht zijn te signaleren de studies in verband met de invloed van de maatschappelijke positie van de patiënt op de dokter-patiënt relatie. Hieruit blijkt duidelijk dat de rollen welke de patiënt op basis van zijn maatschappelijke positie vervult met zijn patiëntenrol interfereren.

Vermelden we het werk van HOLLINGSHEAD en REDLICH (35) waaruit bleek dat lagere klassen van de bevolking vanwege de psychiater een meer autoritaire rol verkiezen, terwijl mensen uit hogere klassen de psychiater gemakkelijker op een gelijkwaardig niveau benaderen. Het is ook aangetoond in een studie van GRAHAM (36) dat het consulteren van dokters en gebruik maken van medische diensten verband houdt met het maatschappelijk niveau van de patiënten. Een experimentele illustratie van deze problematiek vinden we in een onderzoek van JAFFÉ (37). Deze plaatste in de spreekkamer, tijdens het eerste interview met een patiënt, op opvallende wijze een bandopnemer waarvan de patiënt duidelijk kon zien dat hij in werking was. Hij gaf hierover geen enkele uitleg of verklaring aan de patiënt. Er werd nu vastgesteld dat sommige patiënten hierover opmerkingen maakten terwijl anderen dit volkomen schenen te ignoreren. Hij vergeleek de twee groepen op gebied van sociologische achtergrond. De conclusie hiervan was dat de mensen die geen opmerkingen maakten, op gebied van opvoeding en sociale stand duidelijk lager waren dan de andere groep.

Van de kant van de arts kan men een analoge interferentie verwachten. Factoren zoals ouderdom, geslacht, afkomst impliceren specifiek rolgedrag dat in de relatie met de patiënt zijn weerslag zal hebben.

In verband met het rolconcept rijst ook de vraag naar het belang van intrapersoonlijke conflicten tussen verschillende rollen bij de patiënt en de weerslag hiervan op zijn ziek-zijn. Door de kulturalistische richting in de psycho-analyse werd de aandacht gevestigd op de pathogene invloed van de door de cultuur aan het individu opgedrongen 'rollen' die niet te verzoenen zijn met zijn ware zelf (38).

Zo schrijft KAREN HORNEY: 'Een grote frequentie neurosen en psychosen in een gegeven cultuur is een aanduiding dat er iets ernstigs misloopt met de voorwaarden waarin de mensen leven. Het is een aanduiding dat de psychologische moeilijkheden voortspruitend uit de culturele voorwaarden groter zijn dan de gemiddelde capaciteit van de mensen om ze te verwerken'.

De neuroticus is degene die in zijn conflicten met andere mensen zijn eigen gevoelens en aandriften niet langer aanvaardt en zelfs niet kent maar een geïdealiseerd beeld van zich zelf opbouwt, zoals hij meent te moeten zijn, in plaats van zijn eigen natuur en mogelijkheden te ontdekken. Hij gaat zijn ware 'zelf' haten in naam van zijn geïdealiseerde 'zelf'. Het doel van een therapie moet dan zijn de 'zelfrealisatie', d.w.z. de realisatie van zijn 'ware zelf'.

In hoeverre kan nu de belevenis van de arts-patiënt relatie ertoe bijdragen om innerlijke conflicten tussen verschillende rollen bij de patiënt aan het licht te brengen en eraan te verhelpen? In dat opzicht kan een verdere elaboratie van het rol-concept in de arts-patiënt relatie ook tot therapeutisch heilzame consequenties bijdragen.

SAMENVATTING

In de arts-patiënt relatie komen psychologische aspecten van het medisch gebeuren op significante wijze tot uiting. Om de individuele arts-patiënt relatie, als een psychologisch proces beschouwd, in een ruimer kader te kunnen plaatsen, werden zekere modellen geformuleerd. Een dergelijk model kan afgestemd zijn op de contactname tussen dokter en patiënt als een vorm van communicatieve interactie. Maar men kan de relatie ook beschouwen als een belevenis, welke niet tot de directe interactie beperkt blijft, waarbij arts en patiënt voor elkaar iets betekenen afgezien van een reële aanwezigheid of contactname.

In dit laatste perspectief werden modellen overgenomen uit andere disciplines, welke zich op vormen van tussenpersoonlijke relaties richten. Zo zijn de modellen van 'humane ontmoeting' en 'medische overdracht' afkomstig uit de psychotherapie. De concepten van rol- en statusverhouding zijn uit de sociale psychologie en de sociologie overgenomen.

Mogelijkheden en problemen in verband met de toepassing van deze respectievelijke modellen op de medische relatie worden besproken.

SUMMARY

Psychological aspects of the medical situation are finding in the doctor-patient relationship a significant way of expression. The last years some models have been formulated, offering a general framework to categorise variations in doctor-patient relationship patterns, considered as psychological processes.

Such a model can be based on the elements of communicative interaction in the doctor-patient meeting. But the relationship can also be considered as a form of experience largely independent of the direct interaction, doctor and patient having for each other some signification exceeding their real presence or contact.

In the latter perspective, models are copied from other disciplines concerned with interpersonal relation patterns. These are the models of 'human encounter' and 'transference' used in psychotherapy, whereas the concepts of 'role' and 'status' as a basis for human relations find their origin in social psychology and sociology.

Possibilities and problems regarding the application of these different models on the doctor-patient relationship are discussed.

LITERATUUR

- 1 Weijel, J. A. *Medische Psychologie*. Lochem, De Tijdstroom, 1964², p. 26.
- 2 Schneider, P. B. *Psychologie médicale*. Paris, Payot, 1967, p. 177.
- 3 Balint, M. *The doctor, his patient and the illness*. London, Pitman, 1964².
- 4 Schäfer, H. Ideologie und Wirklichkeit in der ärztlichen Rolle. Lezing IV Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie, Wiesbaden 3-5 Mai, 1963.
- 5 Nuyens, Y. Arts-patiënt relaties: een sociologische interpretatie. *T. Soc. Geneesk.* 1971, 49, 66-70, 98-101, 144-147.
- 6 Morgan, W. L. and Engel, G. L. *The clinical approach to the patient*. Philadelphia, Saunders, 1969, p. 3.
- 7 Hollender, M. H. *The psychology of medical practice*. Philadelphia, Saunders, 1958, p. 6.
- 8 Joyce, C. R. B. 'What does the doctor let the patient tell him?' *J. Psychosom. Res.* 1964, 8, 343-352.
- 9 Davis, M. S. 'Variations in patients compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication'. *Amer. J. Publ. Hlth.* 1968, 58, 274-288.
- 10 Symposium 'Communication between doctors and patients'. *Proc. Roy. Soc. Med.* 1968, 61, 561-568.
- 11 Joyce, C. R. B.; Caple, G. and Mason, M. 'Quantitative study of doctor-patient communication'. *Quart. J. Med.* 1969, 38, 183-194.
- 12 Aitken, R. C. B. 'Communication of symptoms'. In: Pierloot, R. (ed.) *Recent research in psychosomatics*. Basel, Karger, 1971, p. 74-79.
- 13 Viane, A. *Medische psychologie*. Antwerpen, Standaard, 1968, p. 16d^o.
- 14 Pond, D. A. 'No questions asked . . . ?' *Lancet* 1967, 6, 611-613.
- 15 Valabrega, J. P. *La relation thérapeutique*. Paris, Flammarion, 1962.
- 16 Buber, M. *Ik en Gij*. Utrecht, Erven Bijleveld, 1959, p. 5-13.
- 17 Rogers, C. *On becoming a person*. Boston, Houghton Mifflin Cy, 1961.
- 18 Gebattel, V. E. von 'Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung'. *Studium Generale* 1953, 6, 461.
- 19 Buber, M. o.c. p. 20-21.
- 20 Tournier, P. 'A dialogue between doctor and patient.' *III Int. Congress of Christian Physicians*. Oslo, July 16th-20th, 1969.
- 21 Freud, S. *The dynamics of the transference* (1912) Compl. Psychol. Work of Sigmund Freud. London, Hogarth Press, 1958, vol. 12, p. 108.
- 22 Bibring, G. and Kahana, R. J. *Lectures in medical psychology*, New York, Int. Univ. Press, 1968, p. 260.
- 23 Crisp, A. H. 'Therapeutic aspects of the doctor-patient relationship'. In: Pierloot, R.: *Recent research in psychosomatics*. Basel, Karger, 1971, p. 12-33.

- 24 Pierloot, R. A. and Houben, M. E. 'The scientific investigation of the therapeutic relationship.' In: Antonelli F. and Ancona L. (eds): *Acta Medica Psychosomatica*. Roma, S.I.M.P., 1969, p. 44-49.
- 25 Houben, M. E. and Pierloot, R. A. 'Possibilities and limitations of Kelly's Grid technique in the differentiation of transference toward therapeutical figures.' In: Pierloot R. (ed.): *Recent research in psychosomatics*. Basel, Karger, 1971, p. 61-66.
- 26 Parsons, T. *Social structure and personality*. New York, The Free Press, 1964.
- 27 Parsons, T. *The social system*. New York, The Free Press, 1951.
- 28 Rommetveit, R. *Social norms and roles*. Minneapolis, Univ. of Minnesota Press, 1954, p. 39.
- 29 Linton, R. *The study of man*. New York, Appleton Cy, 1936.
- 30 Srole, L. 'Social role. A case of retarded conceptual Development'. *Lecture for the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, New York, Dec., 1, 1967.
- 31 Mechanic, D. *Medical Sociology*. New York, The Free Press, 1968, p. 161.
- 32 Bates, F. L. 'Position, role and status: A reformation of concepts'. *Soc. Forces*, 1956, 34, 313-321.
- 33 Thibaut, J. W. and Kelly, H. H. *The social psychology of groups*. New York, Uiley and Sons, 1969, p. 146.
- 34 Spiegel, J. M. 'The social roles of doctor and patient in psychoanalysis and psychotherapy.' *Psychiatry* 1954, 369-376.
- 35 Hollingshead, A. B. and Redlich, F. C. *Social class and mental illness*. New York, Wiley and Sons, 1958.
- 36 Graham, S. 'Socio-economic status, illness and the use of medical services.' In: Jaco, E. G. (ed.): *Patients, physicians and illness*. New York, The Free Press, 1958, p. 129-133.
- 37 Jaffe, J. 'Social factors in the doctor-patient relationship'. In Masserman J. (ed.) *Psychoanalysis and social process*. New York, Grune and Stratton, 1961.
- 38 Mullahy, P. (ed.) *A study of interpersonal relations*. New York, Science House, 1967.
- 39 Horney, K. *New ways in psycho-analysis*. New York, Norton, 1939, p. 178.