

Medisch contact?

Over de aanraking van de dokter

Een terreinverkenning

S. van der Geest

In onze cultuur is de waardering van lichamelijk contact een gecompliceerde zaak. Publieke aanraking kan al gauw als aanranding worden gezien. Vooral gezondheidswerkers bevinden zich in een grensgebied van aanrakingen die wel en niet zijn toegestaan; zij maken dan ook gebruik van allerlei sociale en culturele technieken die de dubbelzinnigheid van hun gedrag moeten verminderen. Een terreinverkenning die ook een verzoek om reacties behelst.

*Licence my roving hands, and let them go,
Before, behind, between, above, below.*
John Donne

The doctor stands as a parent figure, and we transfer to him not only other aspects of the parental role, but also the right to lay hands on us, to be tender to us, and to pass through our territorial defenses.

Eric J. Cassel

DE TITEL van dit artikel: 'Medisch contact?' kan op twee manieren worden gelezen: met de nadruk op 'medisch' en met de nadruk op 'contact'. Te samen drukken zij de dubbele vraagstelling uit waar het in deze korte notitie om gaat: "Hoe *medisch* is het contact dat de dokter heeft met zijn patiënt?" en "Is er wel sprake van *contact* tussen hen?" Anders gezegd: *welke betekenis heeft de aanraking in de ontmoeting tussen arts en patiënt?*

Lichamelijk contact, in veel culturen een wezenlijk onderdeel van het therapeutisch handelen, is in onze eigen gezondheidszorg problematisch geworden. De aanraking is voor patiënt en arts vaak dubbelzinnig, precair en ongemakkelijk. Eerst zal ik - uiterst summier - de sociale en culturele aspecten van het aanraken in algemene zin bespreken, daarna de aanraking in de medische context van diagnose en therapie.

Met deze notitie richt ik mij tot huisartsen en specialisten met het verzoek te reageren op mijn vragen en beweringen. Het betoog is slechts een terreinverkenning, gebaseerd op literatuur en casuele conversatie met enkele medici, verpleegkundigen en patiënten. In een later stadium hoop ik een artikel te schrijven waarin meer systematisch onderzoek is verwerkt. Ik nodig de lezers uit hun visie te geven op de betekenis van de aanraking tijdens lichamelijk onderzoek en medische behandeling, liefst voorzien van concrete voorbeelden uit eigen ervaring. De ontvangen reacties zullen worden verwerkt in het geplande artikel.

Sociale en culturele aspecten

Basis

Aangeraakt worden, schrijft Synnott (1993),¹ is het begin van de menselijke ervaring. De foetus reageert al na acht weken op de aanraking. Het lijkt onwaarschijnlijk dat menselijk leven mogelijk zou zijn zonder aanraking. Via lichamelijk contact maakt de mens voor het eerst kennis met de wereld, zowel fysiek als sociaal. In de eerste weken van zijn leven wordt het kind vooral aangeraakt. Volwassenen hebben de spontane verwachting, dat zij in die periode met lichamelijk contact de meeste kans hebben tot de baby door te dringen.

De aanraking is de basis van de meeste andere zintuiglijke ervaringen. Door haar directheid en concreetheid staat de aanraking als het ware model voor de andere zintuigen. Wat ik met mijn handen en huid heb gevoeld, geeft inhoud aan wat ik op andere wijze waarneem. Wat ik zie, hoor of ruik, ken ik vanuit mijn fysieke ervaring met het waargenomen object of iets waarmee ik het vergelijk.

Ondanks zijn primordiale status is de tastzin echter niet het meest prestigieuze zintuig, althans niet in de westerse cultuur. Op de vraag welk zintuig men het minst zou willen missen zal bijna iedereen antwoorden: het zien. Onze cultuur is inderdaad in toenemende mate een visuele geworden, zowel op het gebied van wetenschappelijke arbeid als op dat van

kunst, vermaak en maatschappelijk verkeer. Het oog neemt het werk van de hand over. Veel kan of mag niet meer worden aangeraakt, maar mede dankzij de techniek kunnen wij met de ogen haast alles nog aftasten.

De tastzin is het eerlijkste zintuig. We kunnen zien zonder gezien te worden, horen zonder gehoord te worden, ruiken zonder geroken te worden, maar we kunnen niet aanraken zonder zelf aangeraakt te worden. Iedere aanraking heeft - minstens passief - een wederkerig karakter. Dat wil echter niet zeggen dat iedere aanraking ook egalitair is. Macht en status bepalen in veel gevallen wie mag aanraken, wat men mag aanraken, wie het initiatief tot aanraken mag nemen en hoe men op dit initiatief dient te reageren. Dat geldt voor de vriendelijke aanraking, maar nog meer voor de gewelddadige.

Waardering

Er bestaan verschillen tussen culturen in de wijze waarop mensen afstand van elkaar bewaren en lichamelijk contact maken. In onze eigen cultuur is de waardering voor de aanraking tamelijk gecompliceerd. De positief gewaardeerde aanraking lijkt steeds verder te worden teruggedrongen tot de privé-sfeer van mensen. Het vermijden van lichamelijk contact in het publieke verkeer past in het door Norbert Elias geschetste 'beschavingsproces', dat gekenmerkt wordt door een geleidelijke verhulling en 'privatisering' van lichamelijke activiteiten, zoals niezen, spuwen, eten, slapen, defecatie, seks en fysiek geweld. Beschaving blijkt uit het onderdrukken van de *physicaliteit* in het openbare leven.

De tedere aanraking tussen ouder en kind of tussen geliefden wordt daarentegen verheerlijkt. Daarmee is de aanraking bij uitstek het kenmerk van de intimiteit geworden. Een aanraking die niet door intimiteit gelegitimeerd wordt, loopt het gevaar als een inbreuk op de privacy te worden beschouwd; als een ongewenste intimiteit, een vorm van geweld. De aanraking wordt een aanranding. Mensen hebben technieken ontwikkeld om deze norm van afstandelijkheid te

handhaven, zelfs als zij noodgedwongen publiekelijk lichamelijk contact maken. Het voorbeeld van 'crowding' in een openbaar vervoersmiddel is leerzaam. In een volle tram gebeurt wat eigenlijk niet kan: passagiers maken contact. Het taboe op deze soort aanraking leidt ertoe, dat men de aanwezigheid van de persoon met wie contact wordt gemaakt hegeert. Men geeft daarmee het signaal dat de aanraking onopzettelijk is, geen enkele bedoeling heeft. Deze negering - die eigenlijk een intense, maar ontevinsde concentratie op de ander is - maakt die ander tot een object. Daarmee verliest de aanraking zijn dubbelzinnigheid.

Eén manier om dit effect te bereiken, is het vermijden van oogcontact: het instellen van de blik op oneindig of naar buiten kijken (wat kan worden gecombineerd met het heimelijk bespieden van de ander in de spiegeling van het raam), de krant lezen of zich slapend houden. Ook het spreken wordt vermeden. Een gesprek zou het object-zijn van de ander doorbreken. Naarmate het lichaamscontact toeneemt, wordt de dwang tot zwijgen groter.

Als de tram zeer vol is, staan de passagiers opgepakt tegen elkaar en raken elkaar op talloze plaatsen van het lichaam. Het is een situatie die slechts kan worden getolereerd, als alle betrokkenen elkaar ondubbelzinnig negeren. Op die manier slaagt men erin het taboe op de publieke aanraking, dat in fysiek opzicht ernstig wordt geschonden, in sociale zin te respecteren.

Er is nog een andere - maar veel moeilijker - manier waarop men zich uit deze netelige positie kan redden: humor. De goed gekozen grap kiest weliswaar voor de erkenning van de ander als persoon, maar relativeert de hachelijke situatie. De grap laat de opgebouwde spanning als door een ventiel ontsnappen. Ook daarmee wordt de aanraking bevrijd van zijn potentiele dubbelzinnigheid.

Het taboe op de publieke aanraking weer spiegelt een van de belangrijkste kenmerken en waarden van onze cultuur: de integriteit en autonomie van het individu, het bestaan van een territorium waar anderen geen toegang hebben. Een aanraking wordt al gauw gezien als een ongeoorloofd binnendringen in dat territorium, als een bedreiging van de persoonlijke autonomie, een aantasting van de privacy.

Medische context

Als de aanraking zo fundamenteel is in de menselijke ontwikkeling en communicatie, mag men verwachten dat zij ook een centrale plaats inneemt in de medische interactie en communicatie. Als de tastzin de meest zekere kennis oplevert, zoals de filosoof Ortega y Gasset beweerde,

dan geldt dat ook in het onderzoek dat een patiënt moet ondergaan naar aard en oorzaak van ziekte. En als de fysieke beroering de primaire vorm is van effectief handelen, lijkt het logisch dat de therapeutische handeling lichamelijk contact impliceert tussen behandelaar en behandelde. In onze geneeskunde zijn dokters inderdaad 'handarbeiders'. Je bent 'onder doktershanden'. Wat hij doet tijdens onderzoek en behandeling is grotendeels manueel. Bovendien, zo suggereert Cassell (zie motto),² is de arts een vaderfiguur die zijn handen ook in sociale zin naar zijn patiënten mag uitstrekken.

Dit beeld van de arts lijkt mij echter onvolledig en oppervlakkig. Ook de aanraking van de dokter kan een ambivalent karakter hebben. *Mijn uitgangspunt is, dat de therapeutische aanraking enerzijds als essentieel wordt gezien in het medisch handelen, maar anderzijds, in het breder kader van omgangsvormen in onze cultuur, een probleem is geworden.* Artsen, maar ook verpleegkundigen, verzorgers

lijkt' wordt gemaakt, staat ook de arts én de patiënt ter beschikking. Mijn hypothese is, dat beiden er dankbaar gebruik van maken. Achtereenvolgens komen ter sprake: de taal, de rol van de ogen, de relativerende grap, afstandscheppende instrumenten en andere objecten en het gebruik van de ruimte.

Over de *objectiverende taal* van de geneeskunde is reeds veel geschreven en wel vaak in negatieve zin, omdat hierdoor de communicatie tussen arts en patiënt, en bijgevolg het therapeutisch effect van de behandeling, ongunstig zou worden beïnvloed. In dezen wil ik in zekere zin het tegenovergestelde betogen: het objectiverende spreken is een belangrijk middel waarmee arts en patiënt hun relatie en samenwerking op een bevredigende en veilige manier gestalte kunnen geven. De medische taal is derhalve niet alleen een afspiegeling van een natuurwetenschappelijk paradigma maar ook een communicatiemiddel dat is afgestemd op de sociaal-psychologische en culturele realiteit

Medisch handelen vergt een flinke dosis balanceerkunst en inventiviteit

en fysiotherapeuten, bevinden zich in een grensgebied van aanrakingen die wel en niet zijn toegestaan. Om hun handelen veilig te stellen, maken zij gebruik van sociale en culturele technieken die de dubbelzinnigheid van hun gedrag moeten verminderen. Omdat de scheidslijn tussen gepast en ongepast niet vastligt maar situatie- en persoonsgebonden is, vergt medisch handelen een flinke dosis balanceerkunst en inventiviteit van artsen. Overigens is het niet alleen de arts die hier voorzichtig moet laveren, ook de patiënt is een deelnemer aan dit subtiele spel. Arts én patiënt moeten hun aanrakingen afstemmen op wederzijdse vermoedens ten aanzien van appreciatie van lichamelijk contact.

Het is zeker waar, dat de arts zich op professionele gronden intieme aanrakingen kan veroorloven die niet aan anderen zijn toegestaan. Maar dat privilege staat tegelijkertijd onder druk, mede vanwege de toenemende accentuering van het individu in de maatschappij. Het groeiend aantal beschuldigingen aan het adres van medici, dat ze misbruik hebben gemaakt van hun professionele voorrechten en op ontoelaatbare wijze lichamelijke contact hebben gezocht met een patiënt, is een indicatie van dit veranderend bewustzijn bij het brede publiek.

Regulering

Het repertoire van middelen waarmee de aanraking in de publieke sfeer 'onschade-

waarin het medisch contact zich afspeelt. Minder afstand impliceert gewoonlijk meer intimiteit. Afstand wordt niet alleen ruimtelijk gedefinieerd, maar blijkt ook uit kleding respectievelijk ontkleding. De kleinste afstand en meeste intimiteit bestaat tussen twee ontklede lichamen tegen elkaar. Binnen dat 'schema' past de interactie tussen arts en patiënt niet. Er is nabijheid, aanraking en vaak (gedeeltelijke) ontkleding, maar er is geen sprake van intimiteit. Om de verdenking, dat er toch intimiteit in het spel zou zijn te vermijden, kan de arts een extreme non-persoonbenadering aannemen ten aanzien van zijn patiënt, niet wezenlijk verschillend van het gedrag van passagiers in een drukke metro.

Een onpersoonlijk, orgaangericht taalgebruik helpt dit doel bereiken. De patiënt wordt te verstaan gegeven dat het niet om hem of haar gaat, maar om zijn lever, zijn dikke darm, zijn prostaat haar opgezette klier, haar baarmoeder. De arts geeft met deze woorden te kennen, dat hij slechts geïnteresseerd is in het lichaam als object. Voor 99% van zijn patiënten zal dat een geruststellende gedachte zijn.

Een ander middel waarmee de arts de medische aanraking neutraliseert, is - net als in de volle metro - het *vermijden van oogcontact* met de patiënt en deze wordt verwacht hetzelfde te doen. Die overgang van het normale leven naar de medisch situatie wordt gemarkeerd door de ogen. Het gezicht en met name de ogen, die

immers het meest direct toegang verschaffen tot de persoon, worden ontweken. Een duidelijker signaal is niet denkbaar: wij hebben verder niets met elkaar te maken.

Over *grapjes* bij lichamelijke aanrakingen heb ik in de literatuur weinig gelezen. Het lijkt mij een riskante en moeilijke methode. Zeker in delicate situaties kunnen grapjes pijnlijk en denigrerend klinken. Uit gesprekken met verpleegkundigen is mij gebleken dat dergelijke grapjes wel gemaakt worden, echter vaak tot ontsteltenis van de patiënt bij wie ze soms grof en vernederend overkomen. Wellicht kan dit soort humor het best beschouwd worden als een onhandige poging van de arts om zelf te ontsnappen aan de spanning van het moment. Een sympathiek, geruststellend grapje in een dergelijke situatie is een kunststuk.

Een andere reeks middelen waarmee de aanraking wordt gereguleerd, bestaat uit *instrumenten en andere objecten* die tussen de arts en de patiënt worden geschoven en zo het contact verminderen. De meeste instrumenten stellen de arts in staat zijn onderzoek of medische ingreep perfect uit te voeren. De thermometer levert een exactere registratie van de temperatuur op dan de rug van de hand die tegen het voorhoofd van de patiënt wordt gehouden. De bloeddrukmeter meet wat met de blote hand niet kan worden gemeten. De röntgenfoto laat de arts in het lichaam kijken. Voor meer geavanceerde apparatuur geldt hetzelfde.

Een neveneffect van deze technische hulpmiddelen is echter, dat zij de arts toestaan meer afstand te bewaren tot de patiënt. Ook curatieve technologie heeft dat effect. Het medicijn vervangt als het ware de directe bemiddeling van de arts. De arts kan zich ontdoen van de patiënt door hem een medicijn te geven.

Het verpleegdossier aan het voeteneind van de ziekenhuispatiënt, zijn status op het bureau van het afdelingshoofd en de monitor naast het bed creëren eveneens afstand. De patiënt wordt getransformeerd in een stuk papier of een trillend scherm waarop men kan schrijven en handelingen verrichten zonder de patiënt zelf aan te raken.

Tenslotte zijn er nog de hulpmiddelen die het verminderen van lichamen contact niet als neveneffect maar als hoofddoel hebben: handschoenen, maskers en beschermende kleding dienen ter voorkoming van besmetting als gevolg van direct lichamen contact. Men kan ook denken aan het afdekken van delen van het lichaam die bij de betreffende onderzoek of operatie niet ter zake doen. Op die wijze wordt de focus op dat ene orgaan als object versterkt. De entourage van aller-

lei parafernalia accentueert dat de aanraking medisch is. Het meubilair, de wandversiering, de objecten op het bureau orkestreren de medische situatie.

De arts die een patiënt bezoekt, kan zich aan het voeteneind van het bed opstellen, ongeveer twee meter verwijderd van het hoofd van de patiënt, of zich naast het bed plaatsen. Bovendien kan hij kiezen tussen een zittende of staande positie. Tenslotte is er nog de mogelijkheid op de rand van het bed te gaan zitten, bijna tegen de patiënt aan. De *ruimtelijke afstand* die de arts kiest kan worden gezien als een indicatie van zijn bereidheid om op persoonlijke wijze met de patiënt te converseren. Zijn keuze tussen zitten en staan drukt vooral uit in hoeverre hij bereid is de patiënt als gelijke te benaderen. Door zijn 'afstandelijk' gedrag vóór en na een eventuele aanraking, ontleent hij de aanraking zijn persoonlijk karakter.

Besluit

In het voorafgaande is vooral uitgegaan van de positie van de arts die aan de patiënt een bepaalde boodschap geeft: dat zijn aanrakingen strikt medisch zijn en geen persoonlijke bedoeling hebben. Er zijn evenwel nog minstens twee andere standpunten die hier moeten worden belicht.

De arts ontziet niet alleen zijn patiënt, maar ook zichzelf. Hij wil in de meeste gevallen niet betrokken worden bij het persoonlijk leed van zijn cliënt. Alle manoeuvres met taal, apparaten, geneesmiddelen en ruimte zijn tegelijkertijd middelen tot zelfbehoud. De Swaan wijst daar ook op in zijn beschrijving van de 'affecthuishouding' in een kankerziekenhuis.³ Hij bespreekt een groot aantal afweerstrategieën waarmee het ziekenhuispersoneel zijn emotionele afstandelijkheid handhaaft. In dat verband is ook de stroom van berichten interessant die vorig jaar verscheen over verpleegkundigen die zich bedreigd voelden of 'geweld' hadden ondervonden van patiënten in ziekenhuizen en psychiatrische instellingen. Ook de gezondheidswerkers zijn gesteld op het respecteren van hun privé-domein. Zij zijn dan beroepshalve noodzaak patiënten aan te raken, maar de patiënt moet niet denken dat hij hèn aan mag raken. Daar zit het verschil in macht. Een 'handtastelijke' patiënt komt in het dagrapport en gaat uitvoerig over de tong tijdens de koffiepauze.

Ook de patiënten stellen zakelijkheid waarschijnlijk op prijs, meer dan men zou opmaken uit de literatuur. Ik vermoed, dat velen een grote emotionele betrokkenheid en persoonlijke belangstelling van de arts maar matig op prijs zouden stellen. Ook zij zijn waarschijnlijk gehecht aan hun onafhankelijkheid en zouden zich het liefst

zelf redden. Veatch merkt op,⁴ dat veel patiënten een anonieme relatie met een arts verkiezen boven een vriendschapsrelatie.

Patiënten die niet ontkomen aan de aanraking van de arts of de verpleegkundige, vergissen zich overigens zelden in de betekenis van die aanraking. Uit diverse gesprekken tot nu toe maak ik voorlopig op, dat het niet vaak voorkomt dat een patiënt die 'intieme' aanrakingen ondergaat daardoor seksueel geprikkeld wordt. Significants lijkt mij het verhaal van een patiënt die niet door een bepaalde verpleegster gewassen wilde worden, omdat hij zich tot haar aangetrokken voelde. Ook de patiënt wenst in de meeste gevallen waarschijnlijk het medische van het persoonlijke te scheiden.

Tenslotte moet nog melding worden gemaakt van een tegenreactie op deze 'aseptische' ontwikkeling in de gezondheidszorg. Er zijn ook vele ontevreden patiënten die de kille sfeer bij de huisarts en in het ziekenhuis betreuren en toenadering zoeken tot alternatieve genezers die de aanraking juist centraal stellen in hun therapie en daaraan bovendien een persoonlijk karakter geven. Anderzijds zijn er ook artsen die geen vrede hebben met het huidige onpersoonlijke karakter van de zorg. Een huisarts vertelde mij, dat hij zijn spreekkamer zodanig veranderd heeft dat hij niet meer achter een bureau zit, maar ervóór, vlakbij zijn patiënt. Als hij op huisbezoek gaat, begroet hij bepaalde patiënten die hij goed kent met een kus. Het feit, dat hij dat alleen bij oudere patiënten doet, geeft echter aan dat ook hij zich scherp bewust is van misverstanden die zijn benadering zou kunnen oproepen. •

Mijn dank gaat uit naar allen die commentaar hebben gegeven, in het bijzonder naar Evert van Leeuwen.

prof. dr S. van der Geest,
sectie Medische Antropologie, Universiteit
van Amsterdam

Een langere versie van deze notitie is besproken op het Vijfde Symposium Medische Antropologie: 'Zintuigen', dat op 26 november 1993 aan de Universiteit van Amsterdam gehouden werd.

Literatuur

1. Synnott A. The body social. Symbolism, self and society. London: Routledge, 1993.
2. Cassel EJ. The healer's art. A new approach to doctor-patient relationship. Harmondsworth: Penguin, 1978.
3. Swaan A de. De mens is de mens een zorg. Amsterdam: Meulenhoff, 1983: 161-202.
4. Veatch RM. The physician as stranger: the ethics of the anonymous patient-physician relationship. In: E.E. Shelp, ed. The clinical encounter. The moral fabric of the patient-physician relationship. Dordrecht: Reidel, 1983: 187-207.