

Ervaringen met directieve therapie in de huisartspraktijk

D. H. ARENTZ*

Vooraf op terreinen waar de gebruikelijke middelen vaak te kort schieten, zoals stoppen met roken en afvallen, blijken technieken ontleend aan de zogenaamde *directieve therapie* nogal eens bruikbaar. In deze bijdrage wordt ingegaan op de kenmerken van deze therapie en op de raakvlakken met de huisartsgeneeskunde.

Inleiding

In 1977 verscheen bij Van Loghum Slaterus het eerste deel van *Directieve therapie*, onder redactie van K. van der Velden; in 1980 verscheen een tweede deel. Beide boeken heb ik met groeien de belangstelling gelezen. Het was opvallend, hoe bruikbaar de inhoud leek voor een aantal problemen die zich voordoen in de huisartspraktijk, en hoe zeer verschillende directieve technieken aansluiten bij de werkwijze van de huisarts. Bij het toepassen van deze technieken bleken mijn ervaringen zo gunstig, dat ik besloot hiervan verslag uit te brengen, zodat ook anderen hiermee hun voordeel kunnen doen. Overigens heb ik daarbij niet gestreefd naar volledigheid; mijn bedoeling was slechts anderen enthousiast te maken, zodat meer artsen (en patiënten) zullen profiteren van deze aanpak.

Hoewel de verschillende directieve therapieën zeer uiteenlopend van karakter zijn, kan men toch een aantal gemeenschappelijke kenmerken onderscheiden. In deel 1 van *Directieve therapie* worden de volgende vijf kenmerken genoemd:

- de therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of directieven;
- het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
- therapeut en cliënt werken aan concrete, welomschreven doelen;
- de therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context;
- de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen.

In deel 2 worden vijf nadere, programmatische uitgangspunten genoemd:

- directieve therapie is gericht op actie;
- in directieve therapie wordt een optimaal gebruik gemaakt van zogenaamde non-specifieke therapiefactoren;
- directieve therapie is een eclectische benadering;
- directieve therapie is primair bedoeld voor „gewone” mensen;
- directieve therapie is voor mensen met klachten.

Ik zal deze karakteristieken toelichten en aan de hand hiervan duidelijk maken, welke raakvlakken de directieve therapie heeft met de huisartsgeneeskunde en welke elementen de huisarts zou kunnen overnemen. Ik wil er niet voor pleiten, dat de huisarts een directieve therapeut wordt. Dat zou niet kunnen; per definitie is de directieve therapeut iemand met een flinke dosis ervaring in verschillende stromingen. Maar wel kan de huisarts een praktische hoeveelheid therapeutische technieken van de directieve therapie lenen, net zo goed als hij dat doet van de chirurg, zonder chirurg te zijn.

Directieven

Directieve therapie gaat ervan uit, dat de therapeut de cliënt beïnvloedt. Dit hoeft niet autoritair, direct of confronterend te gebeuren, maar het gebeurt. Er zijn twee soorten therapeutische richtlijnen:

- De *leeropdrachten* en *contracttechnieken*, waarbij de cliënt via kleine, haalbare stappen aan verbetering werkt;
- de zogenaamde *paradoxe opdrachten* of varianten van symptoomvoorschrijving.

Bij dit laatste soort richtlijnen tracht de therapeut de klacht of het probleem te verminderen door het optreden ervan juist aan te moedigen. Vaak zal de therapeut de cliënt huiswerk meegeven. Het accent valt dan niet zozeer op de geneeskrachtige werking van het contact met de therapeut, als wel op de positieve gevolgen van eigen activiteit, waaraan de cliënt met recht het besef kan ontleenen dat hij door eigen inspanning zijn moeilijkheden heeft overwonnen.

De arts in het algemeen, en zeker ook de huisarts, gebruikt van oudsher directieven. Er bestaan veel voorschriften met betrekking tot de zieke, zoals voorschriften ten aanzien van medicijnen, of leefregels. Deze kunnen variëren van bedrust of binnenblijven tot saneringsvoorschriften om een huis vrij van stof en huismijt te maken; van werken tot juist niet werken. Bepaalde sporten worden aangeraden of juist verboden. Veel ziekten blijken verankerd in leefomstandigheden, werkomstandigheden en voedingsgewoonten: hart- en vaatziekten cariës, bronchitis, longkanker, verkeersongevallen enzovoort. En juist nu dit inzicht groeit, blijken veel patiënten zich niets van alle voorschriften aan te trekken. De *patient compliance* is klein, zelfs bij zuiver technische voorschriften als bij het gebruik van medicijnen.

Uit de directieve therapie zouden artsen kunnen leren wat er voor nodig is om vrij hopeloze opdrachten als „stop met roken”, „val af”, „gebruik geen suiker meer”, en „ga eens fietsen”, te veranderen in succesvol afgesproken contracten of paradoxale opdrachten.

Beperkt aantal zittingen

Directieve therapeuten proberen de behandelingsduur te beperken tot vijf à acht zittingen. Hieraan liggen verschillende motieven ten grondslag: economische, praktische (het blijkt te kunnen), theoretische (het gaat om de doorbreking van probleem-bevestigend gedrag), enzovoort. Een dergelijke korte serie afspraken past heel goed in de huisartspraktijk, waarin aan de meeste klachten toch al een korte serie consulten wordt gewijd. Het is zelfs voorstelbaar dat de serie korter kan zijn dan bij een willekeurige psychotherapeut, omdat de huisarts gemakkelijker kan „invoegen”, juist omdat hij de mensen en hun omstandigheden al langer kent en niet eerst van het begin af aan een relatie moet opbouwen. Onder „invoegen” wordt in dit verband verstaan: het zich

* Huisarts Gezondheidscentrum Jan van Zutphenstraat, Haarlem.

met alle mogelijke gesprekstechnische middelen zodanig voegen naar het patroon van de patiënt/cliënt, dat deze geen weerstand voelt, maar tot medewerking wordt gebracht.

Veel wordt de huisarts ook geconfronteerd met gezinsproblemen waar hij weinig raad mee weet. Een tabletje doet zo weinig, voor langdurige gespreks therapie is de huisarts niet opgeleid en daarvoor heeft hij ook geen tijd. Vaak willen de mensen niet verwezen worden („wij zijn toch niet gek” of „wij voelen het als een schande/nederlaag als wij niet onze eigen problemen oplossen”). Juist met de directieve therapie blijkt het mogelijk deze mensen of zelf te behandelen of te motiveren tot verwijzing. Dit lukt vaak in een korte serie gesprekken, die niet veel langer hoeven te duren dan een normaal consult.

Concrete klachten, welomschreven doelen

De directieve therapeut richt zich in eerste instantie op de klachten van de cliënt. In hoeverre daarnaast gewerkt kan en moet worden aan „dieper” liggende problemen, zal voornamelijk van de cliënt afhangen.

Een belangrijk deel van de therapie zal bestaan uit het omzetten van vage verwachtingen in concrete vooruitzichten. Pas wanneer therapeut en cliënt het hierover eens zijn, kan de therapie starten; en pas als overeenstemming bestaat over de theoretische achtergrond van de klachten, kan een afspraak over de richtlijn (huiswerk) gemaakt worden.

De huisarts ziet bijna alleen mensen met klachten, uitzonderingen als pilcontroles daargelaten. Hij zal met de patiënt de hulpvraag verhelderen en het eens zien te worden met de patiënt over die vraag. Daarna zullen zij een onderzoeken en behandelingsplan opstellen met als concreet doel: het verdwijnen van de klacht. Hoe zij het eens kunnen worden over de klacht en het plan, is vaak een probleem. De patiënt komt nogal eens met een heel andere vraag dan de arts relevant vindt; de patiënt vraagt bijvoorbeeld om een verwijzing naar een neuroloog vanwege de hoofdpijn, wat zelden geïndiceerd is. Een plompe weigering leidt meestal tot een verstoring van de arts-patiënt relatie en een verwijzing is niet in het belang van de patiënt. Van de directieve therapie kan de huisarts dingen leren als „judo”, meegaan met de weerstand en positief etiketteren; dit alles om de weerstand van de patiënt zodanig te verminderen, dat de vraag achter de vraag boven tafel ko-

men kan, en beiden het eens kunnen worden over vraag en doelen.

Zo gunstig mogelijke context

Hoe optimistischer de therapeut, des te meer ontplooiingsmogelijkheden de cliënt blijkt te bezitten. Het benadrukken van pathologie kan tot schade bij de cliënt leiden. Het verzet dat cliënten tegen bepaalde therapeutische procedures aantekenen, heet bijvoorbeeld geen weerstand tegen verandering, maar een begrijpelijke aarzeling om zich in een veranderingsproces te storten, waarvan de resultaten nog maar moeten worden afgewacht. De positieve context geldt ook voor het symptoom zelf. Het wordt beschouwd als een teken dat de cliënt zich inzet voor een verandering van zijn situatie, maar tegelijk een teken dat hij deze krachtsinspanning niet juist richt.

Non-specifieke therapiefactoren

Er zijn vaak geen specifieke verschillen in effect tussen de diverse therapievormen. Kennelijk zijn er bepaalde gemeenschappelijke, non-specifieke factoren in de verschillende psychotherapie systemen. Te noemen valt:

- hoop en positieve verwachtingen, een gestructureerd programma, het geven van informatie, het positief etiketteren van klachten, het doorbreken van uitzichtloosheid;
- het aanbieden van een verklaring voor de klachten gebeurt in termen die zoveel mogelijk aansluiten bij het referentiekader van de cliënt;
- het geven van informatie over nieuwe manieren waarmee met de klacht omgegaan kan worden, impliceert ook dat een verandering ten goede mogelijk is. Mijns inziens vormen de non-specifieke therapiefactoren een onderdeel van de positieve context. De positieve context is in de huisartspraktijk wel bekend (de geruststelling en de overbekende schouderklop), maar deze kan veel genuanceerder en gedetailleerder gehanteerd worden. De neutrale constatering „dat het wel mee valt”, kan averechts werken en worden opgevat als een gebrek aan belangstelling in plaats van een poging tot geruststelling. In dat geval wordt het symptoom versterkt. Dit geldt zeker voor een uitgesproken negatieve context van mopperen en dreigen om iemand aan het werk te sturen. Dit is een probleem waarmee zowel huisartsen als controle-artsen veel te maken hebben. Wanneer de arts op een positieve manier kan aansluiten bij het referentiekader van de patiënt, zal deze eer-

der geneigd zijn tot herstel en werken dan wanneer hij werd gedwongen weer aan het werk te gaan. Deze positieve context is dus van extreem belang bij het hele genezingsproces en ook bij werkhervatting.

Pragmatische overwegingen

De directieve therapeut voelt zich niet gebonden aan een dwingende theorie over de oorzaken van symptomatisch gedrag. Hij vraagt zich af: „Wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt, in deze situatie?” Daarbij put hij nu eens uit leertheoretische principes, dan weer uit gezinstherapeutische kaders, of uit andere technieken. Een directieve therapeut moet dus wel een flinke dosis gevarieerde ervaring en achtergrond hebben.

Eclectische benadering

De methode wordt op pragmatische gronden gekozen bij de patiënt en bij het probleem. Pragmatisme en eclecticisme zijn de huisarts niet vreemd. Zijn gehele opleiding is veelvormig en in de dagelijkse praktijk valt hij terug op een pragmatische keuze uit de exacte en psychosociale vakken. Directief-therapeutische technieken kunnen dus zeker toegevoegd worden aan het therapeutische arsenaal van de huisarts.

Gericht op actie

Niet alleen het voelen en denken is object van de therapie, maar vooral ook het handelen. Dit laatste kan dan in zijn wisselwerking met het voelen en denken tot gedragsverandering leiden die ook het denken en voelen herstructureert. Een mens handelt niet alleen zoals hij zich voelt, maar hij voelt zich ook zoals hij zich gedraagt.

Ook de gerichtheid op actie is de huisarts niet vreemd. Niet de verbalisatie van denken en voelen, maar juist het actiegerichte, het proberen om met medicijnen of voorschriften de klachten te doen verdwijnen is de taak van de huisarts. Wat de huisarts misschien kan leren van de directieve therapie, is de wijziging van het autoritaire „huiswerk” naar niet-autoritaire afspraken. Het gaat in de directieve therapie niet om opdrachten of voorschriften, maar om afspraken; de term paradoxale opdracht is mijns inziens dan ook ongelukkig (alsof je de mensen zo gek zou kunnen krijgen om in opdracht wakker te liggen of in hun bed te wateren). Als wij wat meer tijd aan die afspraken zouden

besteden, zouden ze waarschijnlijk ook meer succes hebben dan onze oude voorschriften.

Bedoeld voor „gewone mensen”

Voor de gewone praktijk is het nodig de therapie aan te passen aan de mensen. Inzicht-gevende, Rogeriaanse, analytische gesprekstherapie biedt vaak weinig voor de „gewone man”. Directieve therapie met nadruk op actie, flexibiliteit en beperkte tijdsduur sluit beter aan bij mensen met minder geld, tijd en introspectief vermogen.

Dat directieve therapie bedoeld is voor „gewone mensen”, is van groot belang voor de huisarts die een gemêleerd patiëntenbestand heeft. Voor al diegenen voor wie de klassieke psychotherapie te duur of te intellectualistisch is, had de huisarts eigenlijk niet veel meer te bieden dan een tranquillizer. Nu heeft hij weer een breed scala aan mogelijkheden om te verwijzen of zelf te behandelen en om het gat tussen de valium en de psychiatrische verwijzing op te vullen.

Technieken

Bij de directieve therapie worden uiteenlopende technieken toegepast; ik noem er hier vijf:

- *Positief etiketteren.* Hiermee wordt getracht aan de symptomen zelf een gunstige betekenis toe te kennen. Positief etiketteren wordt mogelijk als de therapeut de hem gepresenteerde problemen in een andere context plaatst en van nieuwe accenten voorziet, zodat daaruit een gunstige conclusie kan worden getrokken.

Het positieve etiket kan verband houden met een (onbewust) motief dat aan het probleem ten grondslag ligt. Het effect kan zijn dat het symptoom vermindert of verdwijnt, of dat het symptoom verder geaccepteerd of verdragen wordt.

- *Paradoxe opdracht.* Wanneer het symptoom (bijvoorbeeld wakker liggen) voorgeschreven wordt met de bedoeling het tot verdwijnen te brengen, wordt gesproken van paradoxale opdracht. De opdracht wordt dus gegeven met de bedoeling, dat hij niet uitgevoerd wordt, dit in tegenstelling tot de congruente opdracht. De congruente opdracht wordt gegeven met de bedoeling, dat hij wél uitgevoerd wordt.

- *Zelfregistratie.* Wanneer het symptoom door de patiënt geregistreerd wordt, kan dit op twee manieren werken: als paradoxale opdracht (het sym-

ptoom wordt immers voorgeschreven, alleen in een wat gewijzigde context), of als congruente opdracht om bijvoorbeeld de oorzaak van het symptoom op te sporen.

- *Het ruzieadvies.* Aan partners die vastlopen in steeds terugkerende, escalerende ruzies, kan het ruzieadvies gegeven worden. De therapeut vraagt hen ruzie te maken, maar in een gewijzigde context: op een vast tijdstip en gedurende een vaste tijdsduur moet de ene dag een van beide partners praten en de ander luisteren, de volgende dag omgekeerd. Dit werkt op twee manieren: als paradoxale opdracht (de ruzie is meestal snel weg) en als congruente opdracht (als communicatieoefening).

- *Zelfcontroleprocedures.* De zelfcontroleprocedures kunnen gebruikt worden als contracttechniek om in kleine, haalbare stappen ongewenst gedrag als roken, te veel eten en nagelbijten te vervangen door gewenst gedrag. Zelfregistratie vormt een essentieel onderdeel hiervan.

In de volgende paragrafen worden deze technieken aan de hand van casuïstiek nader toegelicht.

Positief etiketteren

Patiënt A is 48 jaar. Hij kwam met zijn vrouw bij mij in een huwelijks crisis. Zij hadden escalerende ruzies. Hij voelde zich niet meer door haar begrepen of gehoord en trok zich terug in zwijgzaamheid, terwijl hij juist een grote prater was die veel omhaal van woorden gebruikte. Zij voelde zich niet meer geëerd als mens en dreigde met echtscheiding of suicide.

In het eerste gesprek bleek hij ontzettend indirect te zijn en met veel woorden weinig duidelijk te maken. Hij wekte door zijn onduidelijkheid en indirecte agressiviteit irritatie bij mij op. Toen ik achteraf het bandje van het gesprek af luisterde, werd mij duidelijk, dat ik de cliënt op deze manier kwijt zou raken, en dat hij zich waarschijnlijk erg onveilig had gevoeld. Ik besloot de indirecte manier van de cliënt te etiketteren als was hij bijzonder bezorgd om anderen niet te kwetsen. Inderdaad was het eerste dat de volgende keer aan de orde kwam, de relatie tussen de cliënt en mij. Nadat ik hem had duidelijk gemaakt, dat mijn aanvankelijke irritatie over zijn breedsprakigheid zich gewijzigd had in begrip voor zijn bezorgdheid om anderen niet te kwetsen, bleek inderdaad de weg geëffend voor een open gesprek, waarin de cliënt minder breed-

sprakig was en zich kwetsbaarder opstelde.

Discussie. Uit het voorgaande blijkt, dat het positief etiketteren niet alleen gebruikt kan worden voor het inhoudelijke deel van de therapie, maar ook voor de relationele kant. Het kan de relatie tussen arts en patiënt aanzienlijk verbeteren, juist wanneer een patiënt zich indirect, afwerend of paradoxaal opstelt.

Paradoxe opdracht

Patiënt B is 60 jaar en getrouwd. De kinderen zijn het huis uit. Het huwelijk is bar slecht. Om deze reden had zij al een paar malen een tentamen suïcidi gepleegd, was zij eenmaal weggelopen naar een *Blijf van mijn lijf*-huis en eenmaal naar een crisisinterventiecentrum. Zij sliep slecht en gebruikte hiervoor Phenergan® en Dalmadorm® als slaapmiddel (vroeger Vesparax®). Zij erkende dat de spanningen thuis de oorzaak waren van haar slapeloosheid. Ondanks dat kwam zij weer om sterkere slaapmiddelen vragen. Dit werd door mij, om begrijpelijke redenen, geweigerd.

Ik stelde haar de paradoxale slaopdracht van Erikson voor, waar zij tot mijn verbazing op inging. Eerst legde ik uit, dat slapen en ingespannen proberen te slapen niet met elkaar te verenigen zijn, en dat de willekeurige inspanning gericht zou moeten worden op het wakker blijven en de onwillekeurige ontspanning op het slapen. Hierna formuleerde ik (een variant op) de opdracht volgens Erikson: zij zou iedere nacht een uur afwachten of zij spontaan kon slapen. Als dit niet lukte, zou zij daarna de nacht wakend doorbrengen en opschrijven wat er in haar omging, wat haar wakker hield en welke emoties en gedachten hierbij in haar opkwamen. Het mocht gaan over verleden en heden. Als er niets bijzonders meer bij haar bovenkwam, zou zij zich aan het huishouden wijden. Pas de volgende avond mocht zij weer naar bed met dezelfde procedure: een uur proberen te slapen en als dat niet lukte, zou zij weer opstaan, zich aankleden en gaan schrijven.

Haar ervaringen luiden na een week als volgt. De eerste nacht sliep zij binnen een uur en had zij een korte, maar goede nachtrust. De tweede nacht sliep zij goed en lang. De derde nacht heeft zij niet geslapen en is zij na een uur opgestaan; zij heeft zich, zoals afgesproken, aangekleed en is gaan schrijven. Hierbij bleek dat zij tot heldere inzichten kwam over haar verleden, over haar

te hoog gespannen verwachtingen en haar teleurstellingen en haar eigen rol hierin. De volgende ochtend was zij gebroken, maar zij heeft het volgehouden pas de volgende avond naar bed te gaan, waarna zij weer een nacht goed sliep. De nachten hierna sliep zij steeds binnen het uur, maar afwisselend diep en oppervlakkig; zij was vaak wakker, maar kon steeds weer doorslapen. Zij omschreef het bereikte zelf als volgt: „Ik kan nu weer accepteren zoals het valt, ik laat het maar komen. Als ik slaap is het goed, als ik niet slaap ook.”

Discussie. Met dit laatste illustreert patiënte in feite de opvatting, dat de paradoxale opdracht niet per se hoeft te leiden tot het verdwijnen van het symptoom, maar dat hij kan leiden tot wijziging van het zelfbeeld en tot acceptatie van de bestaande toestand.

Zelfregistratie

Patiënte C is 14 jaar. Zij kwam bij mij met haar moeder wegens buikklachten. De anamnese leverde geen aanknopingspunten op voor lichamelijke aandoeningen, ook een urinesediment bleek schoon te zijn. De moeder, die gescheiden was, meende bezorgd dat de oorzaak te vinden was in de problemen tussen haar dochter en haar ex-echtgenoot, maar haar dochter zei er zo weinig over, dat besloten werd tot een gesprek met de dochter alleen. Tijdens dit gesprek bleek, dat zij inderdaad haar vader helemaal niet mocht, maar dat zij een weekend in de maand naar hem toe ging om haar moeder een vrij weekend te geven. Toen ik haar aanmoedigde haar fantasie te laten gaan over de mogelijkheid dit openlijk met haar vader en moeder te bespreken, blokkeerde zij vrij snel.

Omdat er nog geen duidelijkheid was over de buikpijn, kwamen wij overeen deze te registreren met alle gelijktijdige gebeurtenissen, bezigheden, gesprekken, gedachten of gevoelens. De volgende keer, na veertien dagen, had zij een prima overzicht. Haar buikpijn bleek duidelijk op te spelen als zij haar huiswerk niet klaar kon krijgen, in het weekend dat zij bij haar vader was, en na een ruzie met haar moeder. De twee zaterdagen in die veertien dagen was zij klachtenvrij. De ruzie bleek te zijn gegaan over een wel vaker voorkomend thema: als zij iets niet goed deed, zei haar moeder, dat ze op haar vader leek, dat zij maar bij haar vader moest gaan wonen, of dat zij maar gewoon het huis uit moest. Zij had al bij haar vader geïnformeerd, maar die was niet erg toe-

schietelijk gebleken. Overigens was de buikpijn in deze veertien dagen ook al minder dan voorheen.

Discussie. Kennelijk werkt de opdracht én paradoxaal én congruent. De paradoxale kant (wanneer je de buikpijn toelaat en je er niet tegen verzet, wordt hij al minder) doet het symptoom verminderen, de congruente kant laat de verbanden zien. Bovendien geeft de opdracht duidelijke aanknopingspunten voor een verder gesprek, wat ik bij een „gesloten puber” een geweldig voordeel vindt.

Patiënte D is 39 jaar. Zij had een voor geschiedenis van hoofdpijnen, die op allerlei manieren, met wisselend succes behandeld waren. Op 9 juli 1980 kwam zij weer bij mij met hoofdpijn en verkoudheid. Bij fysisch diagnostisch onderzoek waren er geen bijzonderheden. Ik adviseerde haar de gerookte sigaretten te registreren, omdat er mogelijk een samenhang was tussen het roken en de hoofdpijn.

Op 29 augustus 1980 bleek zij het roken gestaakt te hebben, omdat ze geschrokken was van de zelfregistratie. Zij meldde zich nog nooit zo goed gevoeld te hebben, ook wat de hoofdpijn betreft. In september kwam de echtgenoot bij mij met klachten over de relatie met zijn vrouw.

Discussie. In dit geval heeft de zelfregistratie gewerkt als paradoxale opdracht: het ongewenste gedrag is gestopt. Het illustreert overigens ook een tweede punt, waarvoor in *Directieve therapie* gewaarschuwd wordt: iedere interventie kan repercuussies hebben voor de partner, zelfs zoiets eenvoudigs als het stoppen met roken. Dit kan bijvoorbeeld zo'n gevoel van zelfbewustzijn geven, dat de partner er last van gaat krijgen. Daarom is het goed er op zijn minst oog voor te hebben, dat de therapie ook effect heeft op de partner. Vaak is het goed de partner er in een vroeg stadium bij te betrekken.

Ruzieadvies

Het ging om het echtpaar A met huwelijksproblemen, al besproken bij de categorie Positief etiketteren. Toen na een paar gesprekken de communicatie weer een beetje op gang was, bleek het volgende probleem te bestaan. Zij ergerde zich aan zijn breedsprakigheid. Zij vond het een aanslag op haar intelligentie en invoelend vermogen, dat zij moest wachten tot hij uitgesproken was. Hij ergerde zich eraan dat zij hem niet

liet uitspreken, hem niet de ruimte liet en meestal niet begreep.

De „gewone” communicatieoefening die er uit bestaat, dat de een uit mag spreken en de ander vervolgens een samenvatting moet geven en pas verder mag gaan als de eerste accoord is gegaan met de samenvatting, werd door haar als uiterst moeilijk ervaren en door hem als zeer plezierig. Om het evenwicht te herstellen gaf ik de volgende keer de opdracht dat zij nu mocht onderbreken, zodra zij dacht dat zij hem begrepen had. Als hij accoord zou gaan met haar samenvatting, mocht zij verder gaan; zo niet, dan kon hij verder praten.

Ditmaal zag hij vreselijk op tegen de opdracht, en niet zij. Na enig aandringen, waarin ik de opdracht uitlegde als een test van haar invoelend vermogen voor hem, werd er toch toe besloten. Drie weken later bleek in het volgende gesprek, dat de test niet uitgevoerd was, maar in paradoxale zin geslaagd. Zij had hem in de drie voorafgaande weken niet onderbroken.

Zelfcontroletechniek

Patiënte E is 19 jaar en kwam met hoofdpijn die zij beschreef als hoofdpijn ten gevolge van stress, maar zonder stress. Bij lichamelijk onderzoek vond ik geen aanknopingspunten en gezien haar beschrijving, gaf ik de opdracht haar gedachten, gevoelens, activiteiten en omstandigheden te registreren op het moment dat zij de hoofdpijn voelde aankomen. Omdat zij nogal wat rookte, vroeg ik ook om een registratie van het aantal gerookte sigaretten, en het tijdstip waarop zij ze rookte.

We hebben vijf consulten van circa 12 minuten aan dit probleem gewijd. Er bleek een duidelijk verband tussen de hoofdpijn enerzijds en het aantal sigaretten en conflicten anderzijds. Door middel van zelfregistratie, stimuluscontrole en belonings- en bestraffingsmaatregelen zakte zij in die tijd van vijftientig naar acht sigaretten per dag. Tijdens mijn vakantie zou zij door middel van beloning en straf ook ophouden met die laatste acht, maar na een maand rookte zij weer. Overigens was de hoofdpijn weg.

Discussie. Ik was voor wat betreft het roken meer gemotiveerd dan de patiënte. Het heeft dus relatief veel tijd gekost. Aan de andere kant was het wel winst, dat patiënte heeft ingezien waar de hoofdpijn vandaan kwam. Voorkomen is een heilloze somatische hoofdpijnanalyse, die veel meer dan vijf maal 12 minuten zou hebben gekost.

Patiënt F is 45 jaar en kwam bij mij na een periodiek geneeskundig onderzoek door het bedrijf, in verband met hevige ongerustheid over zijn wat verhoogde cholesterolgehalte. Zijn gewicht was normaal evenals zijn bloeddruk. Het cholesterolgehalte bleek later binnen de norm te vallen en toen ik hem uitlegde dat de enige risicofactor van belang het roken was, wilde hij daar onmiddellijk mee stoppen.

Wij hebben hier drie consulten aan gewijd van elk 12 minuten. Bij de zelfregistratie bleek dat hij vijftien sigaretten per dag rookte. Het patroon bleek te zijn, dat hij uitsluitend in de pauzes rookte. Gepoogd werd ontspanning en roken te ontkoppelen: hij zou óf zich werkelijk ontspannen met behulp van ontspanningstechnieken – waar wij één consult aan besteedden – óf in actie blijven, waarbij schaken, lezen of iets dergelijks voor afleiding zou zorgen. Dit werkte voortreffelijk. Hij rookte na die drie consulten twee sigaretten per dag, wat hij een half jaar later nog bleek te doen. Hij had geen behoefte om door middel van een straf- en beloningsprogramma ook die laatste sigaretten uit te bannen en liet het hierbij.

Een half jaar ervaring

De categorieën positief etiketteren en zelfregistratie kwamen zoveel voor, dat ik het niet meer bijgehouden heb. Het positief etiketteren is bijna altijd nuttig en kan alleen maar kwaad als het voorbij gaat aan de vraag van de patiënt, zodat hij zich te kort gedaan kan voelen. Voorbeeld: iemand met hoofdpijn die bang is voor een hersentumor, heeft geen behoefte aan een positief etiket van de pijn als signaal, noch aan zelfregistratie van de pijn. Hij wil geruststelling of een diagnose. Tweede voorbeeld: iemand die vergaat van de pijn, wil een pijnstillertje en niets anders. Toch is het positief etiket in de huisartspraktijk erg belangrijk. Het doet de mensen stilstaan bij de nuttige kanten van pijn, angst, slapeloosheid en ziekte in het algemeen. Het is een waarschuwing voor erger, een signaal dat er iets aan de hand is, een middel om weer tot rust of tot jezelf te komen. Ik heb dit dus vaak gehanteerd en altijd als zinvol ervaren.

De zelfregistratie heb ik vele malen toegepast bij al die symptomen die geen duidelijke achtergrond hadden, met na-

me bij hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, hyperventilatie en bedplassen. Deze methode levert óf aanknopingspunten op in somatische richting, óf in psychische richting. Nadelen heb ik er niet van gezien.

De zelfcontroleprocedures heb ik op drie terreinen toegepast: bij roken, vermageren en nagelbijten.

• Roken bij acht personen. Bij vijf van de acht personen werd de zelfcontroleprocedure toegepast met succes, dat wil zeggen dat zij het roken gestaakt hebben of dat zij tot een aanzienlijk lager, stabiel niveau zijn gezakt. Bij twee personen werden de afspraken door een ziekenhuisopname doorkruist. In een geval rookte de patiënt weer verder, maar had zij inmiddels meer inzicht in de relatie tussen het roken en haar hoofdpijn, waar het eigenlijk om begonnen was (patiënte E).

• Nagelbijten bij twee patiënten. Bij beide patiënten werkte de zelfregistratie als paradoxale opdracht. Het maakte hen bewust van het moment waarop zij gingen bijten en dat was voldoende om te stoppen. Een van beiden is er inmiddels weer mee begonnen, toen haar verlovingsuiting.

• Vermageren bij vijf patiënten. Alle vijf die wilden vermageren, waren er niet toe te brengen naar een diëtiste te gaan. Bij vier van hen resulteerde de therapie in een mislukking, bij één niet. Het kan zijn dat de mislukking te wijten is aan onervarenheid, het kan ook zijn dat dit juist een selectie van de moeilijke patiënten was, juist omdat zij toch al niet naar een diëtiste wilden.

Het ruzieadvies heb ik dit halfjaar viermaal gegeven. Eenmaal werkte het als een paradoxale opdracht: de ruzies waren over. Eenmaal werd er strikt de hand aan de afspraak gehouden, waarna met andere communicatieoefeningen werd verder gegaan. Eenmaal werkte het advies niet als zodanig, maar leverde het op dat de partners een vaste tijd voor elkaar uittrokken en dat de relatie verbeterde. Eenmaal onttaarde de therapie en gingen de partners tijdelijk uit elkaar.

De categorie paradoxale opdracht heb ik viermaal toegepast. Tweemaal bij slapeloosheid en tweemaal bij fobische klachten. In alle gevallen verminderden de klachten.

Naschrift

Ik wil graag benadrukken, dat ik veel heb gehad aan de aanwezigheid van Eddy Loonstijn, psycholoog, in ons gezondheidscentrum. Hij heeft mij gewezen op de bruikbaarheid van *Directieve therapie*. Als ik hem niet in consult had kunnen roepen om de praktische problemen te bespreken, zou het toepassen van de besproken theorie mij veel moeilijker zijn gevallen. Ook wil ik Piet Visser, huisarts, danken voor zijn adviezen bij het schrijven van dit artikel.

Samenvatting. Directieve therapie, zoals behandeld in het gelijknamige boek van Van der Velden, blijkt een zeer bruikbare methode voor de huisarts. Mede op grond van zijn eigen ervaringen met directief-therapeutische technieken concludeert de auteur, dat directieve therapie:

- de mogelijkheden van de huisarts vergroot en zijn machteloosheid doorbreekt, juist op die terreinen waar de gebruikelijke middelen te kort schieten;
- goed aansluit bij de werkwijze van de huisarts en daarin gemakkelijk kan worden geïntegreerd;
- alternatieven schept voor slaaptabletten, tranquillizers en pijnstillers;
- resulteert in betere verwijzingen door een gedetailleerder verwijsproces;
- de huisarts het gevoel geeft, dat hij bepaalde problemen niet hoeft te laten liggen.

Summary. Experience with directive therapy in general practice.

Directive therapy, as discussed by Van der Velden in a book with that title, proves to be a valuable method for the general practitioner. Partly in view of his personal experience with techniques of directive therapy, the author concludes that:

- it enhances the general practitioner's possibilities and remedies his powerlessness, precisely in areas where the conventional measures are inadequate;
- it is consistent with and can be readily integrated in general practice procedures;
- it provides alternatives to soporifics, tranquillizers and analgesics;
- it results in better referrals via a detailed referral process;
- it makes the general practitioner feel that he need not leave certain problems untouched.

Velden, K. van der. *Directieve therapie*. Twee delen. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977, 1980.