

Spreken is zilver, zwijgen is... fout

Het 'oefengesprek' als hulpmiddel om de patiënt voor te bereiden op een moeilijk gesprek

L.G.M. VAN BERKESTIJN

Van Berkestijn LGM. Spreken is zilver, zwijgen is... fout. Het 'oefengesprek' als hulpmiddel om de patiënt voor te bereiden op een moeilijk gesprek. Huisarts Wet 1999;42(4):158-61.

Aan de hand van een casus wordt een beschrijving gegeven van een methode om patiënten te helpen bij de voorbereiding van een voor hen moeilijk gesprek. De methode is gebaseerd op een gedragstherapeutisch principe: angstreductie door habituatie en desensitisatie. Het naar verwachting moeilijke gesprek wordt onder leiding van de huisarts geoefend met de patiënt, waarbij afzonderlijk en grondig aandacht wordt gegeven aan de opening (heldere probleemstelling), het middendeel (reacties van de gesprekspartners op elkaar) en de afsluiting (duidelijke wensen en afspraken). De manier waarop het gesprek wordt voorbereid, lijkt qua vorm op het rollenspel, maar verschilt daar wezenlijk van doordat de tekst van de 'tegenspeler' ter plekke wordt bedacht door de patiënt zelf. Dit heeft het voordeel dat op een terloopse manier onthuld wordt waar de patiënt tegenop ziet. Het expliciet verwoorden van de antwoorden van de gesprekspartner door de patiënt zelf creëert bovendien de mogelijkheid voor de patiënt om een adequaat weerwoord voor te bereiden. Ook de afsluiting van het gesprek krijgt minutieuze aandacht. Door deze zeer nauwkeurige voorbereiding wordt een aanzienlijke angstreductie bereikt, en kan de patiënt het gesprek met een assertieve houding aangaan. Belangrijke voordelen voor de huisarts zijn onder meer dat voor toepassing van deze methode geen specialistische vaardigheden vereist zijn, en dat de methode gemakkelijk uitvoerbaar is binnen de tijd die beschikbaar is voor een normaal consult.

Dr. L.G.M. van Berkestijn, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Postbus 80045, 3508 TA Utrecht; e-mail l.g.m.vanberkestijn@med.uu.nl.

Inleiding

Een oud Nederlands spreekwoord suggereert dat zwijgen goud is, en dat daaraan dus grote waarde moet worden toegekend. Helaas gaat deze wijsheid niet in alle situaties op. Met name mensen die slecht voor zichzelf opkomen en de neiging hebben conflicten te vermijden, kunnen op den duur ernstig vastlopen met zo'n devies.

Het laten horen van een protest of het aangaan van een conflict kan een sanerend effect hebben in relaties. Subassertieve mensen hebben er echter moeite mee een conflicterende mening of protest te laten horen, ook in omstandigheden waarin zij zichzelf daarmee ernstig tekort dreigen te doen. Dergelijke patiënten kunnen in een concrete situatie op eenvoudige wijze geholpen worden met een 'oefengesprek'. Dat is het onderwerp van dit artikel.

Eerste consult

Een 28-jarige vrouw komt als eerste op het ochtendspreekuur. Nog voor zij een woord heeft kunnen uitbrengen, barst zij in huilen uit. Omdat zij uitsluitend met een doelvraag (recept voor slaaptabletten) naar de huisarts ging, overvalt haar huilbui haar totaal. Zij verontschuldigt zich voor haar tranen en als zij zichzelf weer onder controle heeft, vraagt zij om wat slaaptabletjes. Na een begripvolle reactie van de huisarts en na enig doorvragen blijkt zij bereid om samen te bekijken of een slaaptablette de beste en enige oplossing is voor haar situatie. Nader exploreren onthult dat zij al enkele weken erg moe is, concentratiestoornissen heeft en slecht in slaap kan komen. Het is haar omgeving opgevallen dat zij de laatste tijd snel geïrriteerd is en om het minste of geringste in tranen kan zijn.

Naar haar eigen idee komt het allemaal door de enorme drukte en spanning op haar werk. Zij werkt nu bijna een jaar bij een automatiseringsbedrijf, waar zij programma's van klanten vernieuwt. Behalve dat zij geregeld overuren maakt, controleert zij 's avonds thuis haar werk nog een keer, omdat zij ontdekt heeft dat zij de laatste tijd foutjes is gaan maken. Bovendien

leeft zij voortdurend in spanning, omdat het bedrijf haar nog niet in vaste dienst heeft genomen. Het is een jong en groeiend bedrijf, waarin steeds nieuwe mensen worden aangenomen. Degenen die in de ogen van de directie onvoldoende presteren, worden na hun proeftijd (maar soms ook wel in de periode daarna) ontslagen.

De huisarts legt patiënte uit dat hij vindt dat zij duidelijk overspannen is,¹ en dat het beslist noodzakelijk is dat zij enige tijd thuis rust neemt en niet naar haar werk gaat. Hoewel patiënte inziet dat de visie van de huisarts juist is, heeft zij er moeite mee deze te accepteren. Zij wil er eigenlijk niet aan dat zij overspannen zou zijn, en vreest dat het in haar nadeel zal werken als zij zich ziek meldt. De huisarts houdt echter vast aan zijn standpunt, en in tweede instantie geeft zij toe. Het lucht haar eigenlijk wel op dat zij even thuis zou kunnen blijven om nieuwe energie op te doen en de zaken op een rij te krijgen. Het feit dat zij even niets hoeft te presteren, reduceert de spanning al zodanig, dat zij verwacht ook zonder slaaptablette te kunnen slapen. Een recept voor slaaptabletten is dan ook niet meer nodig. Zij accepteert graag het aanbod van de huisarts voor een vervolgconsult op korte termijn (binnen enkele dagen) om haar werksituatie nader te bekijken.

Vervolgconsult

Het vervolgconsult is op voorstel van de huisarts gepland als een dubbele afspraak (20 minuten).^{2,3} Tijdens het consult wordt het de huisarts duidelijk dat deze surmenage zuiver berust op problemen op het werk. In haar privé-leven gaat het patiënte voorspoedig: haar vriend, met wie zij nu een jaar samenwoont, begrijpt en steunt haar, evenals haar familie en vrienden. Op het werk is echter sprake van overbelasting. Het werk is op zichzelf erg leuk, maar zij kan het niet goed meer aan, doordat het zo veel is – niet omdat het te moeilijk zou zijn. Het werk moet weliswaar met grote precisie gebeuren – elk foutje in een programma heeft grote gevolgen – maar dat aspect van haar werk daagt haar juist uit.

Haar chef heeft zij al eens laten blijken dat het haar soms te veel wordt, maar hoewel hij heeft toegezegd haar te zullen ontzien, blijkt daar in de praktijk niets van. Voorts is er een verborgen conflict met een collega, die probeert haar te beconcurreren door haar de les te lezen en negatieve verhalen over haar rond te strooien; van haar protesten trekt hij zich niets aan. De meeste stress komt echter van de constante stroom van nieuwe opdrachten.

De huisarts gaat nu minutieus na hoe patiënte op haar chef reageert. Hij tracht zich hierbij een beeld te vormen met de volledigheid en precisie van een videoregistratie. Dit is belangrijk, omdat hierdoor zowel aan de huisarts als aan patiënte duidelijk wordt wat precies haar gedrag is. Dit kan bij patiënte leiden tot de bewustwording die onontbeerlijk is bij zelf gewenste gedragsverandering. Door zo te werk te gaan ontdekt de huisarts bijvoorbeeld dat de chef steeds op onvoorspelbare momenten met nieuwe opdrachten komt, en dat patiënte daartegen eigenlijk slechts één keer heel zwak heeft geprotesteerd. Zij heeft de indruk dat zij meer opdrachten krijgt dan haar collega's, omdat zij snel en accuraat werkt. Zij weet echter niet of haar chef tevreden is over haar werk; daar zegt hij nooit iets over. Patiënte past zich gemakkelijk aan en protesteert niet als het te veel wordt. Zij gaat conflicten (ook met de collega) zoveel mogelijk uit de weg, en zij doet erg haar best volmaakte eindproducten af te leveren.

De huisarts veronderstelt dat patiënte subassertief en perfectionistisch is, waarmee hij twee belangrijke bronnen voor haar surmenage heeft opgespoord. Hij stelt patiënte voor om eerst met haar chef een gesprek aan te gaan. Hij biedt aan dit gesprek samen met haar voor te bereiden: een 'oefengesprek'.

De huisarts vraagt patiënte hoe zij denkt het gesprek met haar chef te beginnen. Ze aarzelt nogal, zegt dat ze het moeilijk vindt, en komt dan met een soort inleiding waarin ze veel begrip toont voor de drukte in het bedrijf. Zij vindt het wel moeilijk, maar wil toch vragen of het mogelijk is haar wat minder opdrachten te geven.

Vervolgens vraagt de huisarts haar wat zij denkt dat haar chef zal antwoorden, en wat zij daar dan weer op zal zeggen. Dat leidt tot de volgende 'dialoge':

Chef Ik geef je echt niet méér opdrachten dan je collega's. Het is nu eenmaal een druk bedrijf, en wij moeten snel op de vragen van onze klanten reageren.

Patiënte Als dat zo is, dan zal ik wel proberen nog sneller te werken.

De huisarts reageert door haar te prijzen voor haar bescheiden en flexibele opstelling. Maar deze heeft ook een keerzijde. Als hij zich in haar chef verplaatst, zou hij denken dat het allemaal wel meevalt, en dat hij op de oude voet door kan gaan. Na enig heen en weer praten ziet patiënte in dat zij zich steviger kan opstellen en helderder kan zijn. Zij kan bijvoorbeeld duidelijker stellen, dat...

...zij vindt dat zij meer werk krijgt dan de anderen, en dat zij dit te veel vindt;
...er geen structuur zit in de manier waarop de opdrachten worden aangeboden;
...zij graag wil weten of hij tevreden is over haar werk; zij hoort daar nooit iets over.

Ook op zijn reactie kan zij anders reageren, bijvoorbeeld bij haar standpunt blijven ('Dat ben ik toch niet met u eens'), en zo mogelijk feiten ter adstructie aan te dragen. Zij kan er ook voor kiezen om iets te zeggen *over de reactie zelf* ('Dat is precies waar ik bang voor was, dat u mij niet zou geloven; mijn woord tegenover het uwe.')

Tot slot neemt de huisarts met patiënte door wat haar wensen voor verandering zijn, en hoe zij hierover op een correcte manier kan onderhandelen (opdrachten op vaste tijden, registratie van de hoeveelheid opdrachten, etc.).

Na de voorbereiding vraagt de huisarts wanneer patiënte het gesprek gaat voeren. Dat kan maar het beste zo snel mogelijk gebeuren, waarna zij moet beloven te komen vertellen hoe het verlopen is.

Controleconsult

Het gesprek met de chef blijkt patiënte 100 procent te zijn meegevallen. Zij had goed

kunnen overbrengen wat haar problemen waren, ondanks het feit dat hij zich aanvankelijk alleen maar verdedigde en verschool achter de drukte in het bedrijf. Hij gaf uiteindelijk toe dat hij haar veel opdrachten gaf. Dat kwam omdat hij steeds zeer tevreden was over het hoge tempo en de goede kwaliteit van haar werk, en daar maakte hij dankbaar gebruik van. Hij had zich niet gerealiseerd dat hij haar daarmee aan het overvragen was, en was verbaasd dat zij niet eerder aan de bel had getrokken. Hij wilde graag dat zij bij hem zou blijven werken. In het vervolg zou er een wekelijks werkoverleg gehouden worden om te voorkomen dat zij overbelast zou raken.

De theorie

Het oefengesprek heeft zijn wortels in de gedragstherapie. In de gedragstherapie speelt het principe van conditionering en 'leren door doen' een belangrijke rol.⁴ Het oefenen van een moeilijk en bedreigend gesprek roept al wat angst en spanning op, en geeft de patiënt de gelegenheid daaraan te wennen (habituaie). In gedragstherapeutisch termen: het oefengesprek beoogt angstreductie door desensitisatie.⁵ Het leren van een nieuwe vaardigheid door ermee te oefenen verhoogt bovendien het zelfvertrouwen ('assertieve training').

Ondanks de theoretische fundering in de gedragstherapie is er voor het voeren van een oefengesprek geen gedragstherapeutische deskundigheid nodig, dankzij de eenvoudige vorm waarin het door huisarts en patiënt kan worden gevoerd.

De vorm

Vanzelfsprekend moet allereerst de sleutelfiguur in het conflict worden geïdentificeerd. De huisarts neemt met name het begin en het eind van het gesprek met deze sleutelfiguur door – kort, maar nauwkeurig. Het begin wordt onder de loep gelegd tot en met de derde claus: de openingszin(nen), de vermoedelijke reactie van de gesprekspartner, en de reactie

daar weer op. Het laatste deel van het gesprek wordt besteed aan het uitspreken van wensen aangaande veranderingen. Als de voorbereiding rond is, wordt uitdrukkelijk gevraagd wanneer de patiënt het gesprek denkt te voeren. Dat is nodig, omdat patiënten die conflicten vermijden geneigd zijn tot uitstelgedrag. Als sluitstuk wordt patiënt uitgenodigd voor een vervolgsconsult, direct nadat het gesprek heeft plaatsgevonden. Dit dient als een stimulant en controle op het daadwerkelijk aangaan van het gesprek, maar ook ter ondersteuning en bijsturing na een onverhoopt ongunstig verloop.

Punten waar de huisarts bij het oefengesprek speciaal op moet letten, zijn:

- *De openingszinnen.* Brengt de patiënt zijn boodschap direct, of houdt hij een lange inleiding en draait hij om de hete brij heen? Zegt hij duidelijk waar hij problemen mee heeft, en hoe hij zich daardoor voelt, zonder zich klagerig op te stellen? Houdt hij feitelijke gegevens en gevoelens uit elkaar? Vermeldt hij deze beide, of is hij bijvoorbeeld geneigd om de feitelijke gegevens over te slaan?

- *De vermoedelijke reactie van de gesprekspartner.* Wat patiënten het meeste vrezen, zijn boze reacties of ontkenningen. Het is goed dat zij zich dat tevoren realiseren, om zich ertegen te kunnen verweren. Nadat de reactie van de gesprekspartner besproken is, moet er aandacht zijn voor wat deze reactie teweegbrengt bij de patiënt. Dit moet gebruikt worden ter voorbereiding van het weerwoord, want de reactie van de patiënt kan bepalend zijn voor het verdere verloop en de afloop van het gesprek.

- *De derde claus.* Er zijn twee manieren om zicht te krijgen op het effect van de reactie van de gesprekspartner. De eerste manier is expliciet vragen naar het effect. Deze manier heeft het nadeel dat er enige zelfreflectie voor nodig is, iets waar niet iedereen toe in staat is. De tweede manier is de patiënt zijn primaire reactie te laten verwoorden ('...en wat zegt u dan weer?'). Bij deze manier kan zo nodig direct worden geoefend met alternatieve antwoorden. Zo kan men niet ingaan op de inhoud,

maar iets zeggen over de reactie zelf: 'Dat is nu precies waar ik bang voor was, dat u (zo) boos zou worden', eventueel gevolgd door: '...en dan sla ik helemaal dicht'. De patiënt reageert dan dus op de bejegening of het gedrag van de ander. Dit kan zeer functioneel zijn in situaties waarin de bejegening het belangrijkste probleem is.

In het algemeen geldt dat men de angst voor als bedreigend ervaren reacties al enigszins kan reduceren door zich in gedachten voor te bereiden op die reacties. Zo voorbereid zal een patiënt het gesprek kunnen aangaan met een weerbare houding.

- *Het slot van het gesprek.* In dit deel is er plaats om concrete invulling te geven aan de door de patiënt gewenste verbetering van de situatie. De huisarts kan de patiënt stimuleren na te denken (en uit te spreken) wat zijn wensen zijn, welke veranderingen hij precies wil. Speciale aandacht is nodig voor het realiteitsgehalte van die wensen: de patiënt moet bij de onderhandelingen niet te laag, maar ook niet te hoog inzetten; hij moet zich assertief opstellen zonder te overvragen.

Tot slot moet nog besproken worden hoe het gesprek met de sleutelfiguur zal worden aangekondigd. De patiënt moet er apart tijd voor vragen, bijvoorbeeld tien minuten, zonder gestoord te worden door anderen. Het gesprek moet dus *niet* terloops plaatsvinden, tussen allerlei andere bezigheden door, want dan is de kans dat de boodschap niet duidelijk overkomt te groot. Het gesprek krijgt hierdoor de zwaarte die het verdient.

Beschouwing

Menig lezer zal tegenwerpen dat deze methode niet werkzaam zal zijn, en dat de kans groot is dat het gesprek in werkelijkheid heel anders verloopt dan tijdens de voorbereiding.

Dat laatste is juist: veel patiënten vertellen naderhand over een verassend ander (meestal positiever) verloop dan verwacht. Maar bijna alle patiënten met wie ik een dergelijk oefengesprek hield,

knoopten het beoogde gesprek wél aan, en de beschreven voorbereiding hielp hen om daartoe zelf het initiatief te nemen. Zij voelden zich naderhand opgelucht, en herstelden de (werk)relatie onder betere voorwaarden of omstandigheden.

De methode heeft diverse voordelen voor de huisarts:

- Voor het oefengesprek is geen psychotherapeutische deskundigheid of ervaring nodig. Het is wel belangrijk dat de huisarts weet waarom het probleem op deze manier benaderd wordt, maar de gewone communicatieve vaardigheden waarover de huisarts moet beschikken, zijn voldoende. De interventie stoelt in principe op het gebruik van de mogelijkheden van het rollenspel als oefenmethode. Hiermee zijn de meeste huisartsen vanuit hun opleiding vertrouwd. Ik benoem het oefengesprek met opzet niet als rollenspel, omdat sommige patiënten dan direct weerstand vertonen ('gekunsteld, niet echt'). Zelf speel ik ook nooit de rol van de gesprekspartner, omdat dan de fantasieën, projecties en angsten van de patiënt als bron van informatie over diens beleving en eventuele remmingen verloren gaan. Het is essentieel om deze fantasieën te gebruiken in de voorbereiding.

- Het oefengesprek kan toegepast worden in alle situaties waarin een verborgen conflict met een sleutelfiguur een rol speelt. Het is dus niet exclusief gereserveerd voor problemen in de werksituatie of bij surmenage.

- Het oefengesprek kost niet veel tijd en is gemakkelijk uitvoerbaar binnen de tijd voor een normaal consult. De voorafgaande analyse van de situatie kost echter gemiddeld eveneens 10 minuten. Het lijkt daarom raadzaam na het eerste consult, waarin een conflictueuze situatie onderkend wordt, de patiënt een dubbele afspraak voor het vervolgsconsult te laten maken (20 minuten). Dit is in het kader van gesprekshulp bij huisartsen toch al gebruikelijk. Het vervolgsconsult kan het beste zo snel mogelijk (dezelfde of volgende dag) plaatsvinden, opdat het improductief piekeren over de situatie wordt doorbroken.

- De methode zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van het ziekteverzuim bij conflicten op het werk. Degene die zich ziek heeft gemeld, herstelt het contact met de werkgever in een vroeg stadium, waardoor onnodig lang ziekteverzuim kan worden voorkomen. Het vergemakkelijkt bovendien de terugkeer in de werksituatie, doordat de problemen benoemd en besproken worden. Ook kan toekomstig ziekteverzuim worden voorkomen, doordat een meer functionele interactie tussen betrokkenen op gang wordt gebracht.⁶
- De methode is concreet en praktisch. Gesprekshulp wordt meestal gegeven met het doel om dokter en patiënt meer inzicht in de problemen te geven, maar dat is vaak niet genoeg. Er moeten immers ook daden worden gesteld. Door de hier beschreven methode te volgen bereikt de huisarts dat de patiënt na enkele gesprekken niet alleen helder ziet hoe het eigen gedrag tot de problemen heeft geleid (onduidelijk zijn en/of botsingen vermijden), maar ook iets *doet* met het verworven inzicht.
- Het oefengesprek wordt door patiënten als helpend en ondersteunend ervaren. Zij komen erdoor uit de vicieuze cirkel van zich boos en/of machteloos voelen, gevolgd door improductief piekeren, en versterking van het gevoel van boosheid/machteloosheid. Zij voelen zich gesterkt om de confrontatie aan te gaan en hun eigen situatie te verbeteren.
- Door met nieuw gedrag te experimenteren ervaren patiënten dat gedragsverandering mogelijk is, en dat dit effect kan hebben op het eigen welbevinden. Dit kan een zeer helende ervaring zijn, met uitstraling naar andere gebieden.

De methode zal niet werken als een moeilijke situatie al erg lang duurt, of als de patiënt een al te problematische persoonlijk-

heidsstructuur heeft. Het is een methode die vooral goed werkt bij subassertieve en/of perfectionistisch ingestelde patiënten die overigens geestelijk redelijk gezond zijn, en sinds relatief korte tijd een probleem ervaren. Het oefengesprek komt het best tot zijn recht in situaties waarin er een (verborgen) conflict bestaat met één andere persoon. Deze wordt door de patiënt meestal beleefd als een machtige of bedreigende figuur, in wie hij de eigen agressie projecteert. Bij mengvormen waarin ook andere problemen een rol spelen, zal deze relatief eenvoudige methode snel tekortschieten. Hij kan dan hooguit voor een deel van het probleem soelaas bieden.

Dankbetuiging

Met dank aan Marijke van der Burg-van Walsum voor het kritisch doorlezen van het manuscript.

Literatuur

- 1 Terluin B, De Bakker DH, Verhaak P. Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1993;36:314-21.
- 2 Van den Burg-van Walsum M, Chavannes AW, Van Berkestijn LGM. De dokter in gesprek. *Psychosociale hulpverlening door de huisarts*. Utrecht: Bunge, 1988.
- 3 Trijsburg RW, Dokter HJ, Van Beusekom JAH. Behandeling door gesprekken in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 4 De Moor W, Orlemans JWG. Inleiding tot de gedragstherapie. Tweede druk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1972:243-81.
- 5 Höweler-van Dalen M, Timmerman G, Plukker FR. Gedragstherapie, gereedschap en gebruik. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1973:13-29.
- 6 Schroër CAP. Ziekteverzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimverloop [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1993. ■

Abstract

Van Berkestijn LGM. The 'try-out-talk' as a method to prepare patients for a supposedly difficult conversation. *Huisarts Wet* 1999;42(4):158-61.

On the basis of a case-history a method is described to prepare patients for a supposedly difficult conversation. The method is founded on some principles from behaviour therapy (anxiety reduction by habituation and desensitisation). Coached by the general practitioner the patient 'literally' tries out the dreaded conversation. Thorough attention is given to the separate parts of this conversation: the opening (clear presentation of the problem), the centre part (reactions of conversation partners towards each other), and the conclusion (clarity about needs and arrangements). The way in which this conversation is prepared is quite similar to role-playing, except for one important aspect: the 'script' of the partner is being invented on the spot by the creative phantasy of the patient himself. By using this technique the patient is in fact invited to project his fears in the partner, which reveals in a casual way his preoccupations. The explicit wording of the answers of the partner by the patient himself also creates the possibility to prepare an adequate reaction. The conclusion of the conversation is also given meticulous attention. This precise preparation effects a substantial anxiety reduction. Conditions for a successful setting for the dreaded conversation are also discussed. Finally, the advantages and restrictions of the method are summarised. Main advantages for the general practitioner are that for the application of this method no psychotherapeutic skills are needed, and that the method can easily be performed within the average time for a normal consultation.

Correspondence Dr. L.G.M. van Berkestijn, MD, Department of General Practice, Utrecht University, PO Box 80045, 3508 TA Utrecht, Netherlands;
e-mail l.g.m.vanberkestijn@med.uu.nl.