

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

.....

Bezinnen na het beginnen

Wat te doen als het probleem niet duidelijk wil worden?

FEMKE GRIMBERGEN & MICHEL REINDERS

Samenvatting

.....

In dit artikel wordt een patiënt beschreven met jarenlange en meervoudige problematiek. Bij aanmelding is zijn voornaamste klacht dat hij 's ochtends last heeft van beangstigende visioenen. Aanvankelijk lukt het de therapeut niet om te begrijpen hoe zijn angsten in elkaar steken. Omdat de therapeut verwacht dat verdere diagnostiek weinig zal opleveren en de kans groter maakt dat de patiënt afhaakt, wordt met de therapie begonnen zonder dat geheel duidelijk is wat de in stand houdende factoren zijn. Het artikel bespreekt hoe men een verantwoorde therapie kan uitvoeren zonder dat de diagnostiek bij aanvang van de therapie tot een sluitend verhaal heeft geleid. *Trefwoorden: diagnostiek, in stand houdende factoren, onduidelijk, stapsgewijs, visioenen, CGT*

INLEIDING

.....

Voor een psychotherapeutische behandeling begint, wordt een anamnese afgenomen, gevolgd door analyses, een holistische theorie en een behandelplan. Interventies vloeien voort uit het behandelplan, zijn bij voorkeur gebaseerd op richtlijnen en worden opgesteld in consensus met de patiënt (Korrelboom & ten Broeke, 2015). De therapeut weet dus van de hoed en de rand alvorens hij start met interventies. Idealiter kenmerkt een degelijke therapie zich door de uitdrukking: bezint eer ge begint.

Toch blijkt het niet altijd mogelijk om bij aanvang van de behandeling het probleem helder te krijgen. Daar kunnen meerdere redenen voor zijn. Soms zijn patiënten achterdochtig en weinig geneigd om informatie te delen met

de therapeut. Andere patiënten schamen zich voor hun problemen en laten niet het achterste van hun tong zien. Concentratieproblemen kunnen verhinderen dat vragenlijsten worden afgenomen of dat een patiënt een coherent verhaal vertelt. Sommige patiënten hebben zelf geen flauw idee hoe hun probleem in elkaar steekt, zien geen verbanden of kunnen hun gevoelens of ervaringen slecht verwoorden. Soms heeft een patiënt zoveel problemen en zoveel verschillende diagnoses dat de therapeut niet helder krijgt wat met wat verband houdt. Een heteroanamnese zou een oplossing kunnen zijn, maar dan zul je net zien dat de betreffende patiënt een geïsoleerd bestaan leidt en niemand goed op de hoogte is van wat er bij hem speelt.

Om een aantal redenen kan de therapeut niet eindeloos doorgaan met het verzamelen van informatie. Ook bij stevig doorvragen zal het probleem soms niet helderder worden, bijvoorbeeld doordat de patiënt geen antwoord weet op de vragen. Men loopt het risico dat de patiënt gefrustreerd afhaakt, omdat hij dingen moet vertellen die hij niet weet. Ook kan blijven doorvragen de patiënt demotiveren, omdat de behandeling steeds maar niet begint en men te lang blijft hangen in de verkennende fase.

Hieronder beschrijven we een patiënt die in behandeling is bij een FACT-team. Bij aanvang van de therapie lukte het niet om een sluitende analyse te maken van zijn klachten. We snapten niet waardoor zijn gedrag in stand gehouden werd. Omdat we bang waren dat de patiënt zou afhaken wanneer we de daadwerkelijke behandeling te lang zouden uitstellen, zijn we gestart met de behandeling voordat we begrepen hoe de vork in de steel zat. We zullen eerst de casus bespreken en uit de doeken doen hoe we probeerden toch een verantwoorde behandeling uit te voeren, ondanks het feit dat we aanvankelijk in het duister tastten. In de discussie doen we een suggestie hoe in dit soort gevallen te handelen.

CASUS KOOS

.....

Koos wordt aangemeld vanwege angstklachten. Hij geeft aan dat hij het meeste last heeft van beangstigende visioenen, die dagelijks optreden als hij 's ochtends in bed ligt. Sinds twee jaar ziet hij beelden waarin hij het slachtoffer is en agressief wordt bejegend. De beelden gaan over achternagezeten worden, over een ongeluk krijgen of over mishandeling. Als Koos zijn bed uitkomt, verdwijnen de beelden. Maar hoewel hij dus elke ochtend in bed een hevige strijd met de beelden levert, kost het hem toch vele uren om dat bed uit te komen. Het zien van de beelden heeft grote gevolgen voor Koos: hij komt laat zijn bed uit, zijn hond wordt (te) laat uitgelaten en hij zit letterlijk de rest van de dag op de bank zichzelf verwijten te maken. Hij komt hierdoor ook niet meer toe aan de dingen die hij wil doen. Dit heeft een negatieve invloed op zijn stemming en energieniveau. Regelmatig piekert hij ook 's avonds over de strijd die hij de volgende dag moet leveren om zijn bed

uit te komen. Ook vraagt hij zich dan af of het hem zal lukken om op tijd zijn afspraken na te komen.

Koos is een 48-jarige, alleenstaande man, die ruim twintig jaar lijdt aan een bipolaire stoornis. Zolang hij zich weet te herinneren heeft Koos last van angstklachten en minderwaardigheidsgevoelens. Zijn depressieve klachten zijn de afgelopen drie jaar toegenomen, net als zijn lichamelijke spanningen. Koos voelt zich elke dag gespannen. Hij maakt zich zorgen over zijn lichamelijke klachten: trillingen, zweten en duizeligheid. Hij is bang om een ongeluk te krijgen of dat er iets niet goed zal gaan. Hij piekert veel over de vraag waarom zaken hem niet lukken. Verder spelen er wisselende zorgen over dagelijkse zaken, bijvoorbeeld over zijn hond of over de buurvrouw. Sinds een jaar of vijf vermijdt Koos het grotendeels om met het openbaar vervoer te reizen. Hij verliest zich dan namelijk in zorgen over de route die hij moet nemen, of over hoe hij met de ov-chipkaart moet omgaan. Ook de rit zelf geeft spanning.

Koos heeft veel moeite met nieuwe sociale contacten en met het aangaan van nieuwe zaken in het algemeen. Kennismaken vindt hij moeilijk. Hij is bang dat de ander hem de mindere zal vinden, en heeft het idee altijd alles te verprutsen en niks te kunnen. Hij heeft zich nooit in zijn leven op zijn gemak gevoeld in het contact met anderen. In zijn tienerjaren ging hij al met 'zware schoenen' naar de middelbare school. Er zijn twee momenten aan te wijzen waarop Koos' klachten verergerden: nadat hij stopte met werken, zo rond zijn 32ste, en na het overlijden van een nichtje met wie hij veel optrok, zo'n drie jaar geleden. Hij heeft sinds zijn 32ste geen vaste activiteiten overdag, in de zin van werk, vrijwilligerswerk of een vaste hobby.

In de loop der jaren heeft Koos tal van contacten met hulpverleners gehad, en heeft hij meermalen op eigen initiatief de hulpverlening en medicatie gestaakt. De laatste jaren wordt Koos behandeld op de polikliniek voor bipolaire stoornissen. De poliklinische behandeling verloopt moeizaam, omdat Koos nauwelijks op afspraken komt. Hij verwaarloost zichzelf en trekt zichzelf terug. Dit gedrag van hem is bekend. In een eerdere fase heeft hij zichzelf al eens drie maanden in zijn kelder opgesloten. Het is duidelijk dat het voor een adequate behandeling nodig is om bij hem thuis langs te gaan. Daarom komt hij in zorg bij het FACT-team, waar hij behandeld wordt door een ambulante verpleegkundige en een psychiater. Tevens krijgt hij een psycholoog toegewezen voor behandeling van zijn angst en somberheid.

De eerste gesprekken met de psycholoog vinden bij Koos thuis plaats. Ten eerste proberen we de behandeldoelen duidelijk te krijgen. Koos wil graag minder gespannen zijn en minder tegen zaken opzien. Hij heeft het meeste last van zijn somberheid, zijn inactiviteit en de 'de nare beelden in de ochtend'. Het verminderen van de nare beelden heeft voor hem prioriteit. We spreken af dat dit het doel wordt van de behandeling.

Vervolgens proberen we meer zicht te krijgen op Koos' problemen door vragenlijsten af te nemen. Het blijkt voor Koos niet haalbaar om vragenlijst-

ten zonder hulp af te ronden. Hij geeft aan bang te zijn dat hij de vragen niet goed leest of begrijpt, en daardoor foute antwoorden geeft.

We doen een poging om de problemen van Koos te voorzien van een diagnostisch label. In eerdere verslagen over Koos is geconstateerd dat hij lijdt aan een bipolaire stoornis en dat er sprake is van een ontwijkende-persoonlijkheidsstoornis. Op basis van onze informatie is er geen reden om aan deze classificatie te twijfelen.

Ingewikkelder wordt het met de visioenen in de ochtend. Die hebben we inmiddels omgedoopt in ‘ochtendmerries’ – als variant op ‘nachtmerries’ – omdat de beangstigende beelden in de ochtend plaatsvinden, en niet ’s nachts of tijdens de slaap. Het kunnen geen intrusies als gevolg van een trauma zijn, omdat Koos geen traumatische ervaringen rapporteert. Evenmin zijn het hypnopompische ervaringen – hallucinaties tussen droom en slaap – omdat de ochtendmerries optreden als Koos al enige tijd wakker is. We overwegen Koos’ klachten te classificeren als een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS), waarbij we de ochtendmerries als visueel gepieker zien. Prof. dr. C. van der Heiden echter, een expert op dit gebied, benadrukte in een persoonlijke ontmoeting dat piekeren bij GAS vooral een cognitief gebeuren is en geen visuele aangelegenheid. Zou het bij Koos om een soort visuele paniekaanval kunnen gaan? Paniek waarover? Het zijn de beelden die de paniek veroorzaken, maar waar komen die beelden vandaan? Na deze en meerdere overwegingen besluiten we om de ochtendmerries te classificeren als angststoornis NAO, hoewel dat een verlegenheidsdiagnose is, vinden we zelf.

Als volgende stap proberen we een functionele analyse te maken van de ochtendmerries en de bekrachtigers in kaart te brengen. Ook dit is niet eenvoudig. Waarom blijft Koos in zijn bed liggen als dit een negatieve consequentie (nare beelden) tot gevolg heeft? Waarom staat hij niet op terwijl hij gemerkt heeft dat opstaan tot een positieve consequentie leidt (het verdwijnen van de beelden)? Volgens basale gedragstherapie dooft gedrag (het in bed blijven) uit als er negatieve consequenties aanzitten en ontwikkelt alternatief gedrag (opstaan) zich als er positieve consequenties aan kleven. Toch is dit bij deze patiënt niet het geval. Ervan uitgaande dat de leertheorie altijd en overal van toepassing is, plaatst dit ons voor een raadsel. Onze functionele analyse gaat de mist in. Waarschijnlijk zitten er positieve consequenties aan het huidige gedrag waardoor de patiënt in bed blijft en de nare beelden verdraagt. We kunnen echter niet bedenken wat de bekrachtigers van het huidige gedrag zijn. Blijkbaar zien we iets over het hoofd, maar wat?

Na het eerste rondje diagnostiek en functionele analyses staan we voor een dilemma. Het is onduidelijk hoe het probleem rond Koos’ ochtendmerries in elkaar steekt. We vrezen dat verdere analyses niet tot meer helderheid zullen leiden. We merken dat Koos zich zichtbaar en in toenemende mate opgelaten voelt onder alle gevraag en al het huiswerk, waaronder een verzoek om zijn klachten en gedachten te registreren. Gezien zijn geschiedenis van afhaken bestaat het risico dat hij zich zo ongemakkelijk gaat voelen dat hij ook

in onze therapie afhaakt. We besluiten in arren moede maar te beginnen met de therapie, in de hoop al doende meer aanwijzingen te krijgen, zodat we een coherente hypothese kunnen opstellen over de ochtendmerries. We willen nauwkeurig monitoren of de interventies werken. Als succes criterium stellen we dat de frequentie van de ochtendmerries moet afnemen. Met enige regelmaat vragen we aan Koos hoeveel ochtendmerries hij de afgelopen week heeft gehad. Als leidraad voor de therapie kiezen we de volgende gedachtegang: aangezien de ochtendmerries stoppen als Koos opstaat, moeten we hem stimuleren om vaker tijdig op te staan. Het is enigszins simplistisch, vinden we, maar we moeten ergens beginnen.

We starten met huis-tuin-en-keukenadviezen om Koos te stimuleren sneller zijn bed uit te komen en daarmee de ochtendmerries te beëindigen. Patiënt wordt gevraagd zijn wekker te zetten, en om de buurvrouw te vragen hem te bellen en te stimuleren uit zijn bed te komen. Daarnaast starten we met cognitieve therapie: we formuleren gedachten die de patiënt kunnen stimuleren eerder zijn bed uit te komen, zoals de gedachte dat zijn hond moet worden uitgelaten of de gedachte aan aangename activiteiten die hij buiten bed kan doen, zoals douchen. Zelfdevaluerende gedachten lijken een belangrijke rol te spelen bij Koos' inactiviteit en somberheid, met name de gedachte dat 'als iets niet lukt, je een eikel bent'. We vragen de patiënt een witboek bij te houden, waarin hij dingen opschrijft die hem *wel* lukken. Daarnaast doet de therapeut de eerste pogingen om de disfunctionele gedachten uit te dagen.

Na zeven sessies lassen we een evaluatie in. Het primaire doel – het verminderen van de ochtendmerries – is tot dan toe niet gelukt. Het uitdagen van de disfunctionele cognities levert bij de patiënt voornamelijk spanning op. Huiswerk maakt hij maar ten dele. Het witboek houdt hij niet bij. Wel leest hij de positieve gedachten die hem moeten stimuleren om zijn bed uit te komen en die in de sessies met behulp van de therapeut zijn geformuleerd. Ook heeft hij de buurvrouw gevraagd hem 's ochtends op te bellen. Wanneer we de patiënt vragen wat hem belemmert het huiswerk te maken, blijft de reden onduidelijk. Opnieuw merken we ongemak bij de patiënt wanneer we hier langer bij trachten stil te staan. We maken functionele en betekenisanalyses van 'het niet maken van het huiswerk'. De indruk is dat zelfevaluatie en de angst te falen belangrijke factoren zijn die het maken van het huiswerk en het therapieproces in het algemeen belemmeren. De waarschijnlijkste hypothese lijkt dat de patiënt zijn huiswerk niet maakt uit angst te falen. Het lijkt erop dat de patiënt in een duivels dilemma zit: als hij de opdrachten maakt, loopt hij het risico om te falen, maar als hij de opdrachten *niet* maakt, faalt hij evenzeer. Zijn enige oplossing is om het 'veld' te verlaten en te vermijden. Mogelijk is dit de reden waarom hij diverse malen eerder met een behandeling is gestopt.

Op basis van deze analyses maken we een aantal aanpassingen in de wijze van behandelen. Ten eerste bespreken we onze hypothese met de patiënt. We

gaan opdrachten versimpelen en zo inkleden dat de patiënt niet kan falen. Als sturend element in het veranderingsproces gaan we meer gebruikmaken van het bekrachtigen van wat de patiënt goed doet. Hoewel we het gevoel hebben dat het verhaal steeds een tikkeltje duidelijker wordt, blijft het een raadsel waarom de patiënt niet 'gewoon' opstaat om zijn ochtendmerries te beëindigen.

Het gesprek over zijn angst voor het huiswerk lucht de patiënt op. Hij vertelt dat hij veel over zijn huiswerk piekert en bang is dat hij iets niet goed doet. Hij wordt voortdurend geplaagd door gedachten als: 'Het lukt me niet' en: 'Wat zal de psycholoog ervan vinden?' Het witboek bleek te hoog gegrepen te zijn, omdat alleen al de gedachte dat er iets van de patiënt werd verwacht hem 'lamlegde'. Met de patiënt wordt afgesproken dat we vooral gaan kijken naar hoe we de therapie haalbaar kunnen maken. Onhaalbare opdrachten, zoals het witboek, schrappen we. We stappen over op een eenvoudigere vorm van cognitieve therapie. Hierbij noteert de patiënt 'niet-helpende gedachten' en 'helpende gedachten'. Door bepaalde gedachten in de kolom 'niet-helpend' te plaatsen, worden zij op een metacognitief niveau ontkracht, waardoor de voor de patiënt ingewikkelde uitdaagtechnieken overbodig worden. Opdrachten worden voortaan geen 'huiswerk' meer genoemd, maar 'probeersels'. Dit werkt drempelverlagend voor de patiënt. Ook proberen we in deze periode de patiënt te stimuleren om op te staan. Dit gebeurt met behulp van een aantal huis-tuin-en-keuken-'probeersels', zoals de wekker in een andere kamer plaatsen, zodat de patiënt zijn bed uit moet om die wekker uit te zetten, en een 'doel van de dag' bedenken. We hopen op die manier de ochtendlijke angsten te stoppen. Veel invloed op de frequentie van de ochtendmerries heeft dat echter niet. Patiënt geeft aan dat hij wil leren om zijn dag minder te laten beïnvloeden door de ochtendmerries en er een zinnigere invulling aan te geven. We proberen met patiënt doelen voor de dag te bedenken en besteden aandacht aan de copingvaardigheden die nodig zijn om die doelen te bereiken.

In deze periode logeert patiënt zes weken bij zijn zus. Tijdens het logeren heeft hij geen enkele ochtendmerrie. Als hij later weer in zijn eigen huis verblijft, komen de ochtendmerries weer terug. Uitgebreid bespreken we met patiënt wat het verschil is tussen het verblijf bij zijn zus en de situatie thuis. Wat maakt dat de ochtendmerries zich bij zijn zus niet voordoen en bij hem thuis wel? Langzamerhand begint het ons te dagen.

Na de vijftiende sessie volgt opnieuw een evaluatie. Patiënt vertelt dat de 'ochtendmerries' nog onverminderd aanwezig zijn, maar dat hij zijn stemming er de afgelopen tijd minder door laat beïnvloeden. Het heeft hem geholpen om helpende gedachten te formuleren die hem in actie doen komen. Zijn meest helpende gedachten zijn: 'Laten we nog wat leuks van de dag gaan maken' en: 'Van mezelf devalueren word ik ook niet vrolijker.' Als antwoord op zijn gepieker denkt hij steeds vaker: 'So what?' De duur van het piekeren

is volgens patiënt verminderd. Sinds kort is hij bewust afleiding gaat zoeken om het piekeren te stoppen.

In onze eigen analyses en in de analyses met de patiënt wordt uitgebreid stilgestaan bij de logeerpartij bij zijn zus. De vraag is waarom in die periode de ochtendmerries niet plaatsvonden. We concluderen dat hij tijdens die dagen een doel en een dagvulling had, en de steun van zijn zus ervoer. Op dagen zonder doel had hij meer last van gepieker en ochtendmerries.

We zetten de zaak nog eens op een rijtje: Patiënt is een faalangstige man, die opziet tegen de dag, die hij moeilijk kan vullen met activiteiten die hij haalbaar acht. Het gevolg is dat hij nauwelijks iets onderneemt en zichzelf daarover verwijten maakt. We buigen ons opnieuw over de vragen: Hoe kunnen we de ochtendmerries plaatsen? En waarom blijft de patiënt in bed liggen als uit bed komen de ochtendmerries stopt?

Dan valt bij ons het kwartje: blijkbaar is de angst van de patiënt om de dag te beginnen (en tijdens die dag te falen) groter dan zijn angst voor de ochtendmerries. Dat is de reden dat hij zijn bed niet uitgaat. We beseffen dat de ochtendmerries geen fenomeen op zich zijn, maar visuele paniekaanvalen die ontstaan uit angst voor de dag. Achteraf bezien wordt ook duidelijk waarom de patiënt een terugval kreeg toen zijn nichtje overleed. Hij ondernam veel met haar en voelde zich door haar gesteund. Toen zij wegviel, had hij waarschijnlijk het gevoel er alleen voor te staan, waardoor hij zich nog onzekerder is gaan voelen. Na vijftien sessies hebben we onze analyse eindelijk kloppend gekregen.

Op basis van deze analyse scherpen we onze behandeldoelen aan. In het vervolg van de therapie richten we onze pijlen op de volgende targets:

- ▶ de patiënt moet een dagvulling hebben die haalbaar is en waarbij hij niet het gevoel krijgt te falen;
- ▶ zijn copingvaardigheden moeten versterkt worden, zodat hij het gevoel krijgt dat hij de dag aankan;
- ▶ zelfdevaluerende gedachten moeten uitgedaagd worden via een eenvoudige vorm van cognitieve therapie;
- ▶ waar mogelijk mobiliseren we ondersteuning van mensen uit de omgeving van de patiënt, zodat die zich sterker voelt.

Onze hypothese luidt: als de patiënt het gevoel krijgt de dag aan te kunnen en hij deze op een zinvolle wijze kan invullen, zal hij minder in paniek raken en zullen de ochtendmerries grotendeels verdwijnen.

In de sessies die volgen toetsen we onze hypothese. Op dagen dat de patiënt een doel en steun heeft (zoals toen hij een aantal dagen met zijn broer in de tuin werkte) komen er geen ochtendmerries voor. Op dagen dat hij zichzelf geen doel stelt, treden de ochtendmerries wel op. Langzamerhand dringt het ook tot de patiënt door hoe de vork in de steel zit. Er wordt gericht gewerkt

aan het 'doel van de dag'. Die doelen worden zo klein mogelijk gemaakt, zodat de patiënt niet kan falen. Inmiddels heeft de patiënt een aantal doelen van de dag bedacht: met de buurvrouw koffie drinken, in de tuin van de buurvrouw werken, in zijn eigen tuin werken, naar het dorp fietsen, vrijdag bij zijn zus eten, en zondag bij een neefje op bezoek gaan. Daarnaast blijven we doorgaan met cognitieve therapie en richten we de therapie op het verwerven van steun. De patiënt legt op een laagdrempelige manier contact met familieleden via Facebook. Hij begint aan een project waarbij hij samen met zijn zus stukje bij beetje zijn huis opknaapt. Ook heeft hij via een 'maatjesproject' een vrijwilliger gevonden die wekelijks iets met hem onderneemt.

Na 23 sessies evalueren we opnieuw. De ochtendmerries komen nog slechts één keer per maand voor, terwijl dat voorheen dagelijks was. We hebben nog meer metingen gedaan: de score op een vragenlijst voor zelfbeeld is verbeterd.¹ Ook op de SCL-90 zien we verbeteringen.² De patiënt kan moeilijk verwoorden wat in de therapie hem nu precies geholpen heeft, maar hij is tevreden. Naast de sterke vermindering van de ochtendmerries geeft hij aan dat zijn stemming flink verbeterd is.³

DISCUSSIE

.....

Meestal begint een therapeut de behandeling op het moment dat hij goed zicht heeft op de aard van de problemen en de onderhoudende factoren. Maar hoe lang gaat een therapeut door met analyseren wanneer zaken niet duidelijk worden? Uiteraard blijven er altijd dingen onduidelijk aan het begin van de therapie. Als iemand bijvoorbeeld angsten heeft die gevoed worden door gepieker, is niet altijd meteen duidelijk wat de belangrijkste denkfouten zijn, of wat de exacte thema's zijn waaruit het gepieker bestaat. Vaak is ook nog niet duidelijk welke helpende gedachten de patiënt uiteindelijk zullen overtuigen om minder angstig te worden. Al doende worden zulke dingen duidelijker. Meestal betreffen onduidelijkheden geen hoofdzaken en zijn de analyses van het probleemgedrag op grote lijnen helder. In de behandeling van Koos daarentegen was bij de start van de therapie veel onduidelijk. We konden de belangrijkste oorzaken en bekrachtigers niet helder krijgen van wat de patiënt als zijn grootste probleem zag: de nare beelden.

- 1 Volgens de normering van de Neef (2010) stijgt het zelfbeeld van 'zeer lage zelfwaardering' naar 'lage zelfwaardering'.
- 2 Tussen voor- en nameting verbetert de SCL-90 van 180 naar 133. Dit is in vergelijking met poliklinische psychiatrische patiënten een verschuiving van 'benedengemiddeld' naar 'laag'.
- 3 Dit wordt bevestigd door de scores op de IDS-SR, een vragenlijst die depressiviteit meet. Tussen voor- en nameting daalt de score van 20 naar 10.

We moesten dus een afweging maken. Interventies starten terwijl er zoveel onduidelijkheden spelen, maakt de kans op missers groot. Anderzijds werd de patiënt in deze casus steeds gespannener onder ons gevraagd en benauwden de vragenlijsten hem. Een therapie die de patiënt in toenemende mate nerveus maakt, vergroot het risico op therapieontrouw of afhaken. In de wetenschap dat deze patiënt al vaker voortijdig was gestopt met de therapie, besloten we te starten met interventies. Omdat een heldere leidraad ontbrak, bestonden de eerste interventies uit huis-tuin-en-keukenadviezen. Op zich is met zulke adviezen niks mis, mits ze mede gebruikt worden als diagnostisch instrument: de therapeut laat er proefballonnetjes mee op, kijkt hoe de patiënt daarmee omgaat en probeert op die manier te ontdekken hoe het probleem in elkaar steekt. Dit is de manier waarop de eerste interventies bij Koos gewerkt hebben: onze huis-tuin-en-keukenadviezen hadden geen effect op de frequentie van de ochtendmerries, maar gaven wel een steeds helderder beeld van hoe de problemen in elkaar staken.

Dit soort adviezen brengen ook risico's met zich mee, bijvoorbeeld dat ze geen effect hebben of wellicht averechts werken. Ook kan de patiënt ontmoedigd raken wanneer de interventies niet werken. Daarom is het belangrijk dat de doelen die men wil bereiken duidelijk zijn, de therapeut er voortdurend op let of zijn interventies deze doelen dichterbij brengen en hij snel bijstuurt als dit niet het geval is.

Met de analyses hebben we eindeloos gestoeid. Aanvankelijk interpreterden we de beelden als een opzichzelfstaand fenomeen dat gevolgd werd door paniek en keken we naar de bekrachtigers die het gedrag in stand hielden. Met andere woorden, we beschouwden de beelden als operant gedrag. Dat bracht ons niet verder, want we konden geen bekrachtigers vinden. Voor de patiënt waren de beelden vooral onaangenaam (paniecreactie) en de winst ontging ons. Later beschouwden we de beelden en de paniek als één geheel, en noemden dat een 'visuele paniekaanval'. We beschouwden het als respondent gedrag: paniek als gevolg van iets anders. Ook hier ontging ons wat de uitlokkende factoren waren. We beseften niet dat de patiënt telkens als hij wakker werd zich realiseerde opnieuw een dag vol gevaren voor zich te hebben die hij dacht zonder steun en doel niet aan te kunnen. Achteraf gezien was het verstandiger geweest om de analyses uit te schrijven met grote vraagtekens op de plekken waar wij factoren veronderstelden maar niet helder hadden. Dat had de zoektocht vereenvoudigd en er wellicht toe geleid dat we de analyses in een eerder stadium rond hadden kregen.

Om de behandeling op een verantwoorde manier uit te voeren hebben we ons verdiept in de diverse richtlijnen. De richtlijnen rond angst, bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen bieden weinig houvast wanneer er sprake is van problematiek waarbij veel comorbiditeit speelt. Naarmate de problematiek complexer wordt, worden adviezen uit deze richtlijnen vager. Adviezen wezen in de richting van CGT, ondersteuning en medicatie (met name bij ernstige depressie), en flexibel gebruik van de protocollen, langere

behandelduur en zo nodig opschaling via *stepped care* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008; Nolen et al., 2008; van Balkom et al., 2013).

Bij angst is exposure het effectiefste element in de behandeling. Toch zijn we daartoe niet overgegaan. Voor ons was de belangrijkste reden dat Koos de betreffende beelden al zeer frequent voor ogen had gehad en er desondanks geen gewenning of angstreductie optrad. We zagen niet wat verdere blootstelling aan de beelden zou bijdragen aan afname van angst. Achteraf bezien zou exposure weinig zoden aan de dijk gezet hebben, omdat exposure de belangrijkste angst van Koos ('ik kan de dag niet aan') niet zou verminderen. Zijn angst was gebaseerd op wat 'er zou kunnen gebeuren' en niet op daadwerkelijke feiten, waardoor falsificatie erg ingewikkeld zou zijn. Exposure aan de beangstigende beelden zou achteraf gezien een verkeerde interventie geweest zijn. Integendeel zelfs, exposure aan de beangstigende beelden zou de spanning bij Koos waarschijnlijk alleen maar vergroten en een groot risico van afhaken met zich meebrengen. Wellicht pleiten casussen als die van Koos ervoor om vooral terughoudend te zijn met invasieve interventies zolang het hele plaatje nog niet duidelijk is en vooral interventies toe te passen die meehelpen aan diagnostiek en die zeker niet spanningsverhogend werken.

Wat heeft deze casus ons geleerd over situaties waarin bij de start van de therapie veel onduidelijkheden zijn? Allereerst: het formuleren van een *duidelijk en meetbaar doel*. We wilden dat de frequentie van de ochtendmerries afnam. De patiënt had moeite om te registreren, maar doordat we hem met grote regelmaat vroegen hoeveel ochtendmerries hij de afgelopen week had gehad, konden we vaststellen of de interventies die we deden ons dichter bij het doel brachten.

Vervolgens vroegen we ons af: doet de patiënt de dingen die hij moet doen om zijn therapie tot een succes te maken, zoals het bijhouden van registraties en het uitvoeren van opdrachten? Dat bleek bij Koos met grote regelmaat niet het geval te zijn, wat beschouwd kan worden als therapieverstorend gedrag of disfunctioneel therapiegedrag. In plaats van aan te dringen of hem belerend toe te spreken, gebruikten we deze verstoring om een analyse te maken. Waarom maakt Koos zijn huiswerk niet? Wat zijn de in stand houdende factoren? Gelukkig konden we een *hypothese* opstellen over de redenen waarom Koos zich slecht hield aan de vereisten voor een succesvolle therapie. De hypothese – dat het om faalangst ging – hebben we *getoetst* door haar met Koos te bespreken, de therapie aan te passen en vervolgens te kijken of de therapieverstorende elementen afnamen.

Naast de *observaties* van het gedrag van Koos binnen de therapie, observeerden we ook actief de fluctuaties in het probleemgedrag. In de periode dat hij bij zijn zus logeerde was er geen sprake van ochtendlijke angsten. Ook hierover formuleerden we hypothesen: bij zijn zus had hij een doel voor de dag (en daarmee een reden om zijn bed uit te komen) en voelde hij zich ge-

steund door de aanwezigheid van zijn zus. Ook deze hypothesen zijn getoetst door er interventies op toe te spitsen en te bekijken of het uiteindelijke doel (vermindering van de angst in de ochtend) dichterbij kwam.

Door alle observaties en hypothesen bij elkaar te leggen, ontstond er een heldere casusconceptualisatie, waardoor het mogelijk was de therapie steeds meer toe te spitsen op de relevante factoren die het probleem in stand hielden. Daarmee hebben we een aantal voorwaarden geformuleerd om een verantwoorde behandeling uit te voeren op momenten dat men niet precies weet hoe de vork in de steel zit: duidelijke doelen formuleren, met grote regelmaat vaststellen of die doelen dichterbij komen, voortdurend observeren, hypothesen opstellen en deze vervolgens toetsen. Men zou het 'stapsgewijze diagnostiek' kunnen noemen (zie ook: Bakker & Bannink, 2008). De eerste interventies in de therapie zijn niet zozeer bedoeld om de patiënt te veranderen, maar zijn meer een soort terreinverkenning: hoe reageert de patiënt op die interventies, en wat kunnen we daaruit leren over de patiënt en zijn gedrag?

Femke Grimbergen werkt als gz-psycholoog in een FACT-team bij GGZinGeest.

Michel Reinders werkt als klinisch psycholoog op de Polikliniek Psychosomatiek en als praktijkopleider bij GGZinGeest. *Correspondentieadres:* Femke Grimbergen, GGZ InGeest, Hoofddorp, locatie Spaarnepoort, Spaarnepoort 1, 2134 TM Hoofddorp. E-mail: f.grimbergen@ggzingeest.nl

Summary This article discusses a patient with multiple and long-standing problems. The predominant reason for the patient to get treatment is the experience of anxious images during the mornings. At first, the therapist cannot deduce or conclude as to the nature of the patient's anxiety. The therapist concludes that prolonged diagnostics will not increasingly clarify the cause of the anxiety. And as longer diagnostic assessments may carry the risk that the patient will terminate the therapy at an early stage, the therapy is started even though the main perpetuating factors remain unknown. In this article we discuss how therapy can be undertaken in an appropriate way in a situation where diagnostic hypotheses remain unclear.

Keywords *diagnostics, perpetuating factors, unclear, step-by-step, anxious images, CBT*

Literatuur

Bakker, J. M., & Bannink, F. (2008).

Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.

de Neef, M. (2010). *Negatief zelfbeeld*.

Amsterdam: Boom.

Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2015). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richt-*

- lijn Persoonlijheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nolen, W. A., Kupka, R. W., Schulte, P. F. J., Knoppert-van der Klein, E. A. M., Honig, A., Reichart, C. G., ... Ravelli, D. P. (2008). *Richtlijn bipolaire stoornissen* (2de, herziene druk). Utrecht : De Tijdstroom.
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis.* Utrecht: Trimbos-instituut.

NIEUW

BIJ BOOM PSYCHOLOGIE & PSYCHIATRIE



Marijke Baljon,
Renate Geuzinge
ISBN 9789024409051

€ 29,95

Echo's van trauma

Slachtoffers als daders, daders als slachtoffers

Het eerste boek in Nederland dat gehechtheid en trauma vanuit interpersoonlijk neurobiologisch perspectief begrijpelijk maakt.

'Een zeer lezenswaardig boek voor therapeuten van mensen met complexe ptss door vroeg-kinderlijk trauma. Het is de integratieve benadering die dit boek zo bijzonder waardevol maakt.' – Prof. dr. Onno van der Hart



Agnes van Minnen
ISBN 9789024408979

€ 22,95

Verland van angst

Herstellen na seksueel misbruik

Een taboedoorbrekend boek dat slachtoffers van seksueel misbruik inzicht geeft in de werking van de natuurlijke overlevingsreacties: verlammen, vluchten, vechten of vermijden. Inzicht dat er voor zorgt dat schuld- en schaamtegevoel kunnen plaatsmaken voor opluchting en verwerking van wat er is gebeurd.

BESTEL DIRECT VIA WWW.BOOMPSYCHOLOGIE.NL

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-.
Prijs geldt in 2017, o.v.v. wijzigingen.