

december 2008 jaargang 10

(4

SymForum

Wetenschappelijk tijdschrift Symfora groep

NVM-profiel en diagnose

Prevalentie van nachtmerries

Naasten en suïcidaliteit

COLOFON

SymForum, wetenschappelijk tijdschrift van de Symfora groep, verschijnt viermaal per jaar, in maart, juni, september en december

Redactie

Monique Leferink op Reinink,
hoofdredacteur
Lidwien Geertjens
Peter van Harten
Lonneke Koens
Jeroen Koning
Jaap Segaar
Geerke van Sprundel
Wubbien Wesselink

Eindredactie

Bernadette van den Berg
Monique Leferink op Reinink

Redactieadres

Monique Leferink op Reinink
De Zwaluw

Basisvormgeving

The Clue productions
Gerrit Rietveld

Lay-out en druk

CadForm BV, Breukelen

Afwerking en verzending

Afdeling Grafische Arbeid
Zon & Schild

Oplage

600 exemplaren

Kopij

dient op diskette of via Groupwise te worden aangeleverd aan de hoofdredacteur.
Overnemen van artikelen uit SymForum is alleen toegestaan met toestemming van de hoofdredacteur.
Tel. (033) 4 609 857

Inhoud

REDACTIONEEL

- Kerst in de separeercel? 2
L. Koens

ARTIKELLEN

- Is een structurele diagnose op basis van een NVM-profiel mogelijk? 3
J. Brogtrop, A. Lindenborn en T. Ingenhoven
- De prevalentie van nachtmerries in de psychiatrische populatie 9
M. Swart
- Gedeelde smart: het betrekken van naasten bij de verpleegkundige zorg voor de suïcidale patiënt 17
F. Boom, B. van Meijel, W. Wesselink en B. Stringer

REFERATEN

- Het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten bij diagnostiek van ASS: ADOS en ADI-R 22
F. van der Torn en A. Bovenhoff
- De effectiviteit van de VERS-training voor ambulante patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis 23
S. Willems en L. Smit

CONGRES

- 'What's new?!' Studiemiddag gedragswetenschappers en psychotherapeuten 24
M. Kerstholt, W. Schep, J. Segaar en J. Willemse

BOEK

- De gewonde genezer 26
L. Geertjens

COLUMN

- Leven en dood: de afscheidsrituelen van Tana Toraja 27
P. Steures

Kerst in de separeercel?

“Nederland ziet zichzelf graag als ruimdenkend, tolerant en humaan, maar nergens in Europa belanden zo veel patiënten in de isoleercel.” Bovenstaand citaat (de Volkskrant, 26-09-2008) roept veel vragen op, zowel bij patiënten als bij hulpverleners. Het opsluiten in de separeercel is soms onvermijdelijk. Een agressieve patiënt die een gevaar is voor zichzelf en zijn omgeving kan en hoeft dan niet in bedwang te worden gehouden door de verpleging. Om nog maar niet te spreken over het effect dat deze agressie heeft op kwetsbare medepatiënten. Het personeel moet zichzelf en de medepatiënten dus beschermen. De separeercel is in sommige gevallen noodzakelijk om omstandigheden te creëren waarbinnen je een persoon adequaat kunt helpen met zo min mogelijk gevaar voor de patiënt en voor de hulpverleners. Na twee sterfgevallen van psychiatrische patiënten staat het gebruik van de separeercel volop ter discussie. Dit najaar ontstond er zelfs een ware mediahype. Per jaar worden naar schatting ongeveer 18.000 mensen gesepareerd. Nederland loopt samen met Finland en Ierland aan kop wat betreft het aantal separaties per jaar, koppen in de krant als “Nederland: Europees kampioen separeren” liegen er niet om.

De Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis (Wet BOPZ) is op 17 januari 1994 van kracht gegaan en is bedoeld om te komen tot een verantwoorde toepassing van middelen en maatregelen om zodoende de patiënt te beschermen tegen machtsmisbruik en willekeur. Het gebruik van de separeercel valt onder de Wet BOPZ en mag slechts bij uitzondering tegen de wil van patiënt of vertegenwoordiger worden toegepast. Deze uitzonderingssituaties hebben als doel het wegnemen van acuut gevaar dat de patiënt veroorzaakt ten gevolge van de geestesstoornis waaraan hij lijdt. Eisen voor het toepassen zijn: er moet sprake zijn van een tijdelijke noodsituatie, het moet gaan om niet te verwachten gevaar, want te verwachten gevaar moet worden voorkomen door middel van in het behandelingsplan opgenomen therapeutische middelen. De behandelend arts, of bij diens afwezigheid het verpleegkundig afdelingshoofd, beslist over de toepassing van middelen of maatregelen en het minst ingrijpende middel of de minst ingrijpende maatregel wordt toegepast. Slechts een beperkt aantal middelen of maatregelen mag worden toegepast, te weten afzondering, separatie, fixatie, medicatie en tenlotte toedienen van voeding of vocht. Tussen deze middelen of maatregelen bestaat geen rangorde. De minst ingrijpende, meest effectieve methode wordt gekozen. Toepassing van middelen of maatregelen

wordt direct gemeld aan de inspecteur en aan de echtgeno(o)t(e)/partner, de wettelijk vertegenwoordiger of de naaste familie.

Een van de oorzaken dat Nederland op kop loopt wat betreft het aantal separaties is het feit dat de mogelijkheid om dwangbehandeling door middel van medicatie te starten beperkt is in vergelijking met andere Europese landen. De vraag die rijst is wat nu beter is, met andere woorden, is het niet kiezen uit twee kwaden? Liever in de isoleercel, volledige vrijheidsberoving? Of liever ‘plat spuiten’, waarmee je geest wordt lamgelegd? Misschien moeten we concluderen dat het nu eenmaal niet altijd mogelijk is om op een minder ingrijpende manier het leven in een psychiatrische kliniek voor iedereen leefbaar te houden. Misschien, indien mogelijk, de patiënt zelf de keuze laten maken tussen beiden?

Toch is het niet allemaal kommer en kwel met het separeren in Nederland en lijkt er zeker wel sprake van een positieve cultuurverandering binnen de Nederlandse psychiatrie. Enig optimisme is hier op zijn plaats wanneer we naar de geboekte winst kijken. GGZ Nederland concludeerde al een paar jaar geleden dat er in Nederland teveel gesepareerd wordt en startte daarom het project ‘Dwang en Drang’ om het aantal separaties terug te dringen. Doel is het gebruik van de separeercel met 10% per jaar terug te dringen. Symfona is één van de 42 GGZ-instellingen die sinds 2006 deelnemen aan dit project. Binnen de intensieve langdurige psychiatrie is hierdoor het aantal separaties met 44% afgenomen. Door de gehele Symfona groep werd er 15% minder gesepareerd. Het is gebleken dat vermindering van separatie bereikt kan worden door het maken van een crisissignaleringsplan, meer persoonlijke aandacht, time-outmomenten in een aparte ruimte (anders dan een separeercel) en zorg dragen voor een goede en adequate personele bezetting.

Separeer-vrij zal Nederland volgens mij nooit kunnen worden. Wel is het een goede zaak dat we steeds blijven investeren in het ontwikkelen van alternatieven waardoor het aantal separaties zal blijven verminderen, iets waar mijns inziens Symfona al duidelijk mee bezig is.

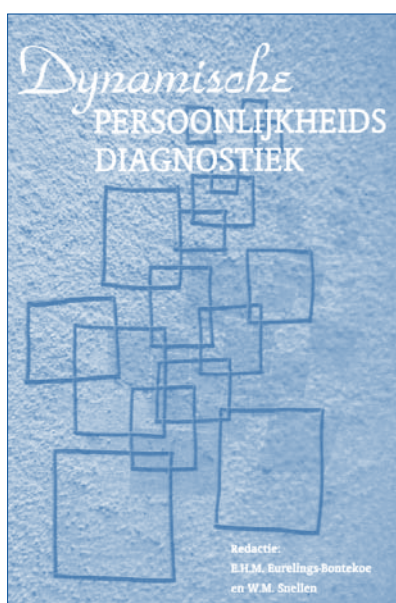
Tot slot wil ik iedereen fijne kerstdagen en een gelukkig Nieuwjaar wensen. Ik eindig met een kerstboodschap: laten we komend jaar vele keren minder separeren!

L.F.D.M. Koens, psychiater in opleiding, Ouderenpsychiatrie Riebeeckhof, Hilversum

door Janneke Brogtrop, Anne Lindenborn en Theo Ingenhoven

Is een structurele diagnose op basis van een NVM-profiel mogelijk?

Een onderzoek naar de theoriegestuurde profielinterpretatie



In dit artikel wordt een onderzoek gepresenteerd naar de mate van overeenstemming tussen twee methoden om bij patiënten de onderliggende persoonlijkheidsstructuur vast te stellen: de 'theoriegestuurde profielinterpretatie' van de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) en het 'Structurele interview' (SI) van Kernberg. Met beide methoden werden 49 psychiatrische patiënten ingedeeld op hun type persoonlijkheidsorganisatie: neurotisch, borderline- of psychotisch. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de mate van overeenstemming tussen de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM en het SI onvoldoende is. Tevens worden er in onze onderzoekspopulatie duidelijke aanwijzingen gevonden voor een overdiagnosticering van de borderline persoonlijkheidsorganisatie door de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM, wanneer het type persoonlijkheidsorganisatie vastgesteld met het SI als extern criterium wordt gebruikt. De waarde van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM als methode om hypothesen te genereren over de onderliggende persoonlijkheidsstructuur lijkt hiermee vooralsnog beperkt.

Inleiding

Kernberg (1977, 1984, 1996) beschrijft hoe in aanvulling op de descriptieve diagnostiek, die gericht is op de classificatie van symptomen en observeerbaar gedrag, een diagnose op structureel niveau kan worden gesteld. De structurele diagnostiek richt zich op de latente kenmerken van de persoonlijkheid, onder andere tot uiting komend in het niveau van functioneren van het ego. Langs deze weg wordt een persoonlijkheidsorganisatie gediagnosticeerd. Kernberg onderscheidt in zijn structurele model voor persoonlijkheidspathologie drie elkaar uitsluitende persoonlijkheidsorganisaties: de neurotische persoonlijkheidsorganisatie (NPO), de borderline persoonlijkheidsorganisatie (BPO) en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie (PPO). De indeling geschiedt op basis van verschillen in functioneren ten aanzien van identiteitsintegratie, afweermecanismen en realiteitstoetsing. Kernberg stelt deze criteria vast door middel van het 'Structurele interview' (SI; Kernberg, 1984). Analog hieraan beschrijven Eurelings en Snellen (2003, 2004) een multidimensioneel model van

psychodiagnostiek. Daarin worden uitslagen op persoonlijkheidsdimensies van verschillende diagnostische instrumenten niet afzonderlijk geïnterpreteerd, maar in samenhang met elkaar. Ook worden scores op verschillende dimensies niet slechts afzonderlijk beschreven, maar gecombineerd tot een profiel. Op basis van deze profielen worden vanuit het psychodynamische referentiekader hypothesen gegenereerd over latente, structurele kenmerken van de persoonlijkheid. De 'theoriegestuurde profielinterpretatie' van de NVM is gebaseerd op deze principes van multidimensionele psychodiagnostiek. Aan de hand van een specifieke combinatie van ruwe scores op de NVM-dimensies 'Verlegenheid', 'Ernstige psychopathologie', 'Negativisme' en 'Somatisatie' wordt voor een van Kernbergs persoonlijkheidsorganisaties gekozen (Eurelings, Onnink, Williams & Snellen, 2007). Deze toepassing van de NVM heeft in Nederland in vakkringen veel discussie opgeroepen (Berghuis, 2005; Jaspers, 2005; Jol, 2005; Smid & Kamphuis, 2005a, 2005b). Het debat richt zich op de vraag in hoeverre het verant-

woord is om deze methode in de klinische praktijk toe te passen, zolang de validiteit ervan nog onvoldoende is onderbouwd. Tegenstanders (Jaspers, 2005; Smid & Kamphuis, 2005a, 2005b) vinden het gebruik ervan vooralsnog onverantwoord. Zij richten hun kritiek op de wijze waarop de oorspronkelijke betekenissen van de NVM-dimensies door Eurelings en Snellen (2003) zijn geherformuleerd, op het gebruik van ruwe scores die aan meetfouten onderhevig kunnen zijn, op de wijze waarop potentiële meetfouten op de afzonderlijke dimensies kunnen cumuleren tot onacceptabele onnauwkeurigheid in de geconstrueerde profielen en op het ontbreken van validering van de methode met behulp van externe criteria. Eurelings en Snellen (2005a, 2005b, 2005c) beroepen zich in hun verweer op het spanningsveld tussen enerzijds de empirisch vast te stellen betrouwbaarheid en validiteit, en anderzijds de klinische toepasbaarheid en bruikbaarheid. Tevens motiveren zij met behulp van het psychodynamische referentiekader de betekenisverruiming van de NVM-dimensies binnen de geconstrueerde profielen. Zij relativeren het probleem van de standaardmeetfout door te benadrukken dat het een hypothesegenererende of screenende methode betreft die nog in ontwikkeling is en nog verdere validering behoeft. De resultaten van de eerste valideringsonderzoeken (Eurelings, Snellen, Verschuur & Bosch, 2005; Eurelings e.a., in druk) suggereren een relatie met het structurele model voor persoonlijkheidspathologie van Kernberg. Zij geven echter geen antwoord op de vraag of op basis van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM de persoonlijkheidsorganisaties kunnen worden aangewezen. In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de mate van overeenstemming tussen de structurele diagnose op basis van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM en die op basis van het SI.

Methode

Onderzoekspopulatie

Geïnccludeerd werden 49 patiënten van wie een NVM en een video-opname van het SI beschikbaar was. Beide zijn afgenomen als onderdeel van een psychodiagnostisch onderzoek in het kader van een Zorg-Op-Maatproject (module intensieve persoonlijkheidsdiagnostiek) van de Symfora groep. De groep patiënten bestond uit 33 vrouwen (67%) en 16 mannen (33%). Hun leeftijd varieerde van 18 tot 54 jaar, met een gemiddelde van 30,9 jaar ($SD=8,7$). Het opleidingsniveau is vastgesteld volgens het systeem van Verhage (1985): 16% had een opleidingsniveau LHNO (A- en B-niveau) of lager, 37% LTS (C-niveau), MAVO of MBO, 43% HAVO, Atheneum of HBO (D-niveau) en van 4% was het opleidingsniveau onbekend. Alleen patiënten met een goede beheersing van de Nederlandse taal werden in het onderzoek betrokken. Van onze steekproefpatiënten had 94% een persoonlijkheidsstoornis. Bij 10% was een type-A-persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd, bij 33% een type-B-persoonlijkheidsstoornis, bij 10% een type-C-persoonlijkheidsstoornis en bij 41% een persoonlijkheids-

stoornis NAO. Van de patiënten voldeed 88% aan de criteria van een of meer as-I-classificaties van de DSM IV; 49% had op zijn minst een stemmingsstoornis en 23% een angststoornis. Slechts bij één patiënt werd een psychotische stoornis gediagnosticeerd.

De NVM werd in dezelfde week als het SI afgenomen. Patiënten hebben schriftelijk toestemming gegeven voor een video-opname van het SI en voor het gebruik van de resultaten van het psychodiagnostische onderzoek voor wetenschappelijk onderzoek.

Procedure

Psychiaters en klinisch psychologen-psychotherapeuten namen 45 SI's af. Zij waren daarin vooraf getraind en goed bekend met Kernbergs psychoanalytische referentiekader. Vier interviews zijn afgenomen door een hier specifiek voor getrainde gezondheidszorgpsycholoog. Drie getrainde gezondheidszorgpsychologen, waarvan twee in opleiding tot klinisch psycholoog, beoordeelden de video-opnamen van de SI's. De beoordelaars waren getraind door een ervaren psychiater en een ervaren klinisch psycholoog-psychotherapeut. De training (9 dagdelen van 3 uur) bestond uit theoretische verdieping van de structurele persoonlijkheidsdiagnostiek van Kernberg en uit het beoordelen van SI's. Vervolgens werden vijf SI's uit een ander onderzoek (Hummelen, 1997) gezamenlijk beoordeeld. Hierna beoordeelden de drie beoordelaars afzonderlijk, in een vooronderzoek, vijf SI's, ook afkomstig uit het onderzoek van Hummelen, op het type persoonlijkheidsorganisatie. De kwadratisch gewogen kappa-waarden varieerden van $\kappa=0,64$ tot 0,80. Deze κ -waarden kunnen geïnterpreteerd worden als redelijk tot goed (Landis & Koch, 1977). Ondanks de beperkte omvang van dit vooronderzoek werd het resultaat door de onderzoekers acceptabel genoeg gevonden om over te gaan tot de beoordeling van de voor dit onderzoek beschikbare SI's. Na elke tien beoordelingen volgde een callibratiesessie met de drie beoordelaars en een van de trainers om de kwaliteit van de beoordelingen te waarborgen. Hiervoor werd telkens een reeds beoordeeld SI gebruikt.

In dit onderzoek werd elke SI door twee beoordelaars afzonderlijk beoordeeld op de structurele criteria identiteitsintegratie, afweermecanismen en realiteitstoetsing volgens Kernberg (1984). Op basis hiervan maakte de beoordelaar een keuze voor één type persoonlijkheidsorganisatie: NPO, BPO of PPO. Deze beoordelingen werden gebruikt in de analyse van de interbeoordelaar-betrouwbaarheid. Wanneer er geen overeenstemming bestond tussen de twee beoordelaars werd via een gestandaardiseerde herbeoordelingsprocedure alsnog tot een consensusscore gekomen om de mate van overeenstemming met de andere methode te bepalen. Volgens deze procedure werden, door iemand die inhoudelijk niet betrokken was bij het onderzoek, 34 van de 49 beoordelingen aan iedere beoordelaar afzonderlijk in heroverweging gegeven. De beoordelaars wisten hierbij niet of er inmiddels al dan niet consensus bestond

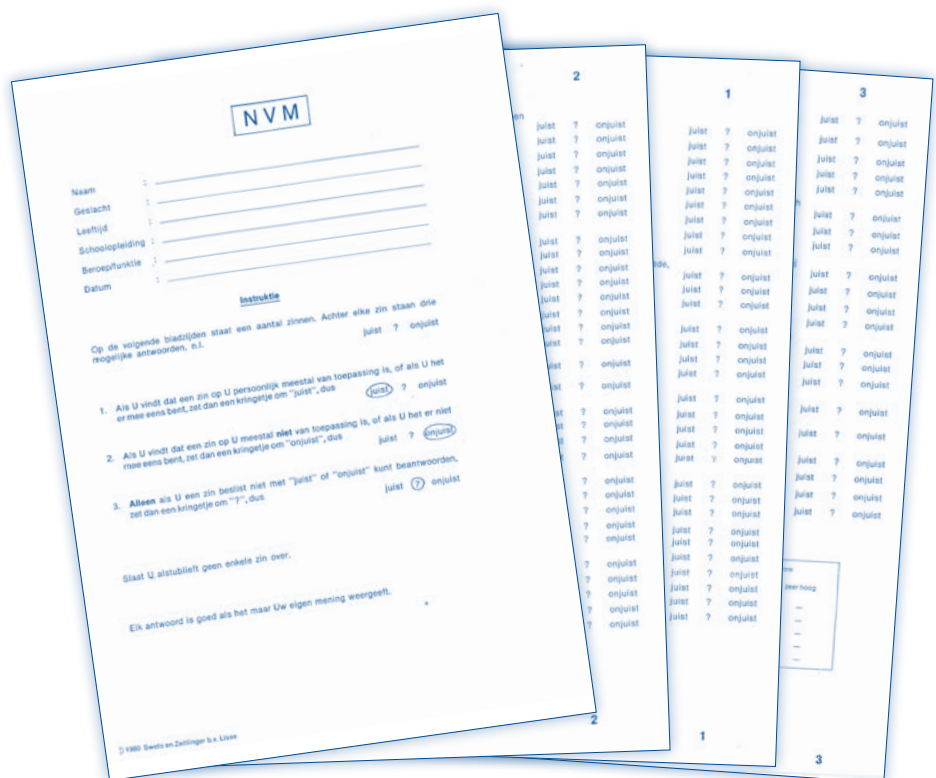
(de verdeling wel versus geen consensus was 1:3). Als deze herbeoordelingen alsnog niet tot consensus leidden, werd met behulp van SPSS-versie 12.0 ('*random sample of cases*') aselect een keuze gemaakt tussen de twee reeds gekozen persoonlijkheidsorganisaties. Voor 34 van de 49 patiënten bestond onmiddellijk overeenstemming, voor 42 van de 49 patiënten bestond overeenstemming na de heroverweging. Voor de overige 7 patiënten werd *at random* de persoonlijkheidsorganisatie bepaald. Tevens werden alle 49 patiënten op basis van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM (Eurelings & Snellen, 2003) ingedeeld in één type persoonlijkheidsorganisatie: NPO, BPO of BPO.

Instrumenten

Het SI is een nagenoeg ongestructureerd interview. De interviewer creëert een spanning door symptomen, conflicten, afweermechanismen en realiteitsverstoringen, zoals die in hier-en-nu-interactie met de interviewer verschijnen, op systematische wijze te benaderen met de interventies 'verheldering', 'confrontatie' en 'interpretatie' (Kernberg, 1984; Hummelen, 1997). Door een voldoende spanningsniveau te verwezenlijken wordt de onderliggende structuurpathologie manifest en kan onderscheid gemaakt worden tussen de typen persoonlijkheidsorganisatie. Voor een kritische beschouwing van het SI verwijzen wij naar Samkalden en Trijsburg (2006). De NVM (Luteijn & Kok, 1985) is een zelfrapportage-persoonlijkheidsvragenlijst geconstrueerd op basis van items uit de MMPI. Bij de NVM worden vijf dimensies van elkaar onderscheiden: Negativisme, Somatisatie, Verlegenheid, Ernstige psychopathologie en Extraversie. Voor een uiteenzetting van de NVM wordt verwezen naar de herziene handleiding (Luteijn & Kok, 1985). Bij de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM (Eurelings & Snellen, 2003) worden patiënten, op basis van hun ruwe scores op de NVM-dimensies Verlegenheid, Ernstige psychopathologie, Negativisme en Somatisatie ingedeeld in de persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg. De NPO wordt hierbij onderverdeeld in de subtypen 'neurotische organisatie' en 'neurotische organisatie laat'. De BPO in de subtypen 'high level (neurotische border)', 'impulsieve/afhankelijke border', 'psychotische border', 'low level (core) border', 'low level (core) border (latent)', 'onrijpe én kwetsbare persoonlijkheid', 'vroeg narcisme', 'vroeg narcisme (overdekt)' en 'onrijpe persoonlijkheid'. De PPO wordt onderverdeeld in de subtypen 'psychotische organisatie' en 'psychotische organisatie (latent)'.

Analyse

De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van het SI is bepaald met Cohens κ (Eggen & Sanders, 1993) in het computerprogramma AGREE. Cohens κ drukt de mate van overeenstemming uit nadat gecorrigeerd is voor de toevallskans op overeenstemming. In dit onderzoek wordt de kwadratisch gewogen κ ($\kappa_{\text{square weighted}}$) gerapporteerd. Ook de mate van overeenstemming tussen het SI en de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM met betrekking tot de indeling in een type persoonlijkheidsorganisatie is bepaald met de kwadratisch gewogen κ (κ_{sw}). Tevens zijn de sensitiviteit, *specificiteit*, de positief voorspellende waarde en de negatief voorspellende waarde van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM als validiteitsmaten bepaald (Riegelman & Hirsch, 1996). De sensitiviteit van een test is de kans dat voor die test een positief resultaat wordt gevonden als de conditie (in dit geval het type persoonlijkheidsorganisatie volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM) ook werkelijk aanwezig is volgens een extern criterium ('gouden standaard'), in dit geval de persoonlijkheidsorganisatie vastgesteld met het SI. De specificiteit is de kans dat met de desbetreffende test een negatief resultaat wordt gevonden als de conditie ook werkelijk afwezig is volgens dat criterium. Anders gezegd: de kans wordt berekend dat patiënten met een type persoonlijkheidsorganisatie volgens het SI ook zo worden geclassificeerd door de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. Deze kans wordt eveneens bepaald voor de afwezigheid van een type persoonlijkheidsorganisatie volgens het SI. De *positief voorspellende waarde* van een test is de kans dat



bij een positief resultaat iemand daadwerkelijk die conditie heeft volgens de 'gouden standaard'. De *negatief voorspellende waarde* is de kans dat iemand bij een negatief resultaat die conditie niet heeft volgens dat criterium. Bepaald is de kans dat patiënten die een type persoonlijkheidsorganisatie niet hebben volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM dit type ook niet hebben volgens het SI.

Resultaten

Voor de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van het SI volgens Kernsbergs driedeling NPO, BPO en PPO varieerden de kwadratisch gewogen χ -waarden van 0,40 tot 0,74, gemiddeld 0,60. Deze χ -waarden kunnen geïnterpreteerd worden als redelijk tot goed (Landis & Koch, 1977). De verdeling van de gevonden typen persoonlijkheidsorganisatie op basis van het SI en op basis van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM is weergegeven in tabel 1. Voor de mate van overeenstemming tussen beide methoden werd een kwadratisch gewogen kappa gevonden van 0,02. Deze kappa-waarde kan gekwalificeerd worden als slecht (Landis & Koch, 1977).

Tabel 1: Overeenstemming tussen de persoonlijkheidsorganisatie volgens het SI en de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM

		Structurele Interview			
		NPO	BPO	PPO	Totaal
NVM	NPO	0	3	0	3
	BPO	6	29	4	39
	PPO	0	7	0	7
	Totaal	6	39	4	49
K _{sw}		0,02			

NPO= neurotische persoonlijkheidsorganisatie;
BPO= borderline persoonlijkheidsorganisatie;
PPO= psychotische persoonlijkheidsorganisatie;
K_{sw}= kwadratisch gewogen kappa.

Voor 29 van de 49 patiënten (59%) is er overeenstemming tussen de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM en het SI. Het betreft hier uitsluitend patiënten die volgens beide methoden voldoen aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsorganisatie. Door beide methoden afzonderlijk werd veel minder vaak een neurotische of psychotische persoonlijkheidsorganisatie vastgesteld en voor zover dat wel gebeurde, bleek daarin geen overeenstemming met de andere methode.

In tabel 2 zijn de sensitiviteit, specificiteit en de positief en negatief voorspellende waarde van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM weergegeven. Het SI is hierbij steeds als 'gouden standaard' gehanteerd. De sensitiviteit van de methode voor het vaststellen van

de NPO en de PPO blijkt nihil. Patiënten met een NPO of een PPO vastgesteld op basis van het SI worden niet net zo geïnterpreteerd door de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. Beide worden door deze methode geïnterpreteerd als BPO. De sensitiviteit voor de BPO is daarentegen 0,74: van patiënten met een BPO volgens het SI wordt 74% als zodanig herkend door de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. De specificiteit van deze methode voor de BPO is nihil: patiënten die volgens het SI geen BPO hebben, krijgen deze diagnose allemaal wel met de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. De specificiteit voor de NPO en de PPO is daarentegen respectievelijk 0,93 en 0,84: patiënten die volgens het SI geen NPO hebben, hebben 93% kans dat zij ook geen NPO hebben volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM; patiënten die geen PPO hebben volgens het SI hebben 84% kans op geen PPO volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. De positief voorspellende waarde voor de BPO bedraagt 0,74: patiënten die door de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM als BPO worden geïnterpreteerd, hebben 74% kans dat dit ook hun type persoonlijkheidsorganisatie is volgens het SI. Voor de NPO en de PPO is de positief voorspellende waarde daarentegen nihil. Dat wil zeggen: patiënten met een NPO of een PPO volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM hebben allemaal een andere diagnose volgens het SI. De negatief voorspellende waarde voor de BPO is nihil: patiënten die geen BPO hebben volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM hebben daarentegen allemaal wel een BPO volgens het SI. De negatief voorspellende waarde voor de NPO en de PPO is respectievelijk 0,87 en 0,90: patiënten die geen NPO hebben volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM hebben 87% kans op geen NPO volgens het SI; patiënten zonder PPO volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie hebben in 90% van de gevallen ook geen PPO volgens het SI.

Tabel 2: Sensitiviteit, specificiteit en de positief en negatief voorspellende waarde van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM (uitgedrukt in percentages)

N=49	sens	spec	vw+	vw-
NPO	0,00	0,93	0,00	0,87
BPO	0,74	0,00	0,74	0,00
PPO	0,00	0,84	0,00	0,90

NPO= neurotische persoonlijkheidsorganisatie;
BPO= borderline persoonlijkheidsorganisatie;
PPO= psychotische persoonlijkheidsorganisatie;
sens= sensitiviteit;
spec= specificiteit;
vw+= positief voorspellende waarde;
vw-= negatief voorspellende waarde.

Discussie

Tijdige en juiste onderkenning van het niveau van functioneren op basis van de onderliggende persoonlijkheidsstructuur is van wezenlijk belang voor indicatiestelling, zorgtoewijzing, de haalbaarheid van behandeldoelstellingen en de prognose op langere termijn (Clarkin, Kernberg & Somavia, 1998). Omdat het SI de nodige training en ervaring van de clinicus vereist en ook nog arbeidsintensief is, is een efficiëntere methode om uitspraken te doen over de onderliggende persoonlijkheidsorganisatie meer dan welkom. De theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM wordt in de Nederlandse klinische praktijk veelvuldig toegepast. Maar dit onderzoek laat onvoldoende overeenstemming zien tussen de vastgestelde typen persoonlijkheidsorganisatie volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM en die volgens het SI, zeker als hierbij gecorrigeerd is voor het toeval. Er worden in onze onderzoekspopulatie duidelijke aanwijzingen gevonden voor een overdiagnosticering van de categorie BPO in de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. Patiënten met een NPO of een PPO volgens het SI worden niet als zodanig herkend door de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. Beide groepen worden door deze methode als BPO gediagnosticeerd. De specificiteit van de BPO blijkt nihil te zijn, want patiënten zonder BPO volgens het SI krijgen juist wel de diagnose BPO op basis van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. Ondanks het feit dat de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM zich sensitief toont met betrekking tot de categorie BPO heeft bijna een kwart van de patiënten met een BPO volgens deze methode een andere persoonlijkheidsorganisatie volgens het SI. De goede specificiteit van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM voor de NPO en de PPO verliest naar onze mening zijn waarde in het licht van de sensitiviteit. Deze is namelijk voor beide categorieën nihil. Van belang is dat de sensitiviteit en specificiteit van een methode afhankelijk zijn van de gekozen *cut-off* punten (Riegelman & Hirsch, 1996). Andere grensscores om de verschillende typen persoonlijkheidsorganisatie op basis van de profielinterpretatie van de NVM te onderscheiden zouden mogelijk kunnen leiden tot een grotere sensitiviteit en/of specificiteit van deze methode. Maar bij aanpassing van de grensscores komt de theoretische onderbouwing van de onderscheiden NVM-profielen (zie Eurelings & Snellen, 2003), wellicht in het geding. De geringe omvang en de aard van de onderzoekspopulatie moeten als een beperking van dit onderzoek worden aangemerkt. Bij de interpretatie en generalisatie van de resultaten lijkt dan ook enige terughoudendheid aangewezen. Bovendien bestond onze onderzoekspopulatie voornamelijk uit patiënten die gediagnosticeerd waren met een persoonlijkheidsstoornis op as II. In dit kader dient opgemerkt te worden dat Kernberg (1984) veronderstelt dat vrijwel alle op as II geclassificeerde categoriale persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt worden door een BPO. Patiënten uit onze onderzoeks-

populatie hadden dus een grotere 'voorafkans' om, door een of beide methoden, te worden toegewezen aan de categorie BPO. Voor het verder valideren van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM lijkt het van belang nader onderzoek te doen in een onderzoekspopulatie waarin de drie typen persoonlijkheidsorganisaties volgens het SI meer evenredig vertegenwoordigd zijn. Hierbij is er een minder grote voorafkans om door een of beide methoden te worden toegewezen aan de BPO. Een andere beperking is het gebruik van het SI als 'gouden standaard'. De mate van overeenstemming tussen de beoordelaars varieert in ons onderzoek van redelijk tot goed. Er kan dus gesproken worden van een acceptabel resultaat, maar Samkalden en Trijsburg (2006) wijzen in dit kader op mogelijk kunstmatig verhoogde overeenstemming. De beoordeling van het SI kan gekleurd zijn doordat de vermoedens van de interviewer tot uitdrukking kunnen worden gebracht in de vragen die hij stelt. Hierdoor kunnen de beoordelaars gaan vermoeden in welke richting de interviewer denkt. Tevens is het SI weinig gestructureerd en gestandaardiseerd en daardoor sterk afhankelijk van de deskundigheid en ervaring van de interviewer en de beoordelaars. Bovendien kan men zich afvragen of de structurele criteria wel in één gesprek kunnen worden vastgesteld (Hummelen, 1997). Uit onderzoek is gebleken dat een psychiatrisch toestandsbeeld de interactie tijdens het SI en de interpretatie ervan kan beïnvloeden (Reich & Francis, 1984; Kullgren & Armelius, 1990). Samkalden en Trijsburg (2006) noemen in dit kader dat een depressie de kans op onderschatting van de rijpheid van afweermechanismen kan vergroten tijdens het SI. In ons onderzoek werd het momentane psychiatrische toestandsbeeld niet als zodanig gekwantificeerd en meegenomen als potentiële confounder in de analyses. De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding te veronderstellen dat op basis van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM een deel van de patiënten niet de juiste persoonlijkheidsorganisatie krijgt toebedeeld, althans volgens Kernberg en het SI. De bruikbaarheid van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM als methode om hypothesen te genereren over de onderliggende persoonlijkheidsorganisatie lijkt hiermee vooral nog beperkt. Een belangrijke vraag is natuurlijk in hoeverre deze constatering terug te voeren is op de methodologische beperkingen van ons onderzoek of op de beperkingen van een of beide gebruikte methoden om een persoonlijkheidsorganisatie vast te kunnen stellen. Een andere verklaring zou kunnen schuilen in de beperkingen van het achterliggende model van Kernberg, waarin drie afgegrensde persoonlijkheidsorganisaties kwalitatief van elkaar worden onderscheiden en op grond waarvan patiënten worden ingedeeld in elkaar uitsluitende categorieën. In geval van overlappende structurele criteria of twijfel bij de diagnosticus zal echter de BPO logischerwijs het meeste worden toegewezen, wat ten koste gaat van de specificiteit van dit concept (Hummelen, 1997). De vraag of een dergelijk categoriaal model de klinische werkelijkheid

valide dekt of dat een dimensioneel model waarin de persoonlijkheidsstructuur in kwantitatief opzicht onderscheiden kan worden een passender model is, kan op basis van ons onderzoek echter niet worden beantwoord.

J. Brogtrop, klinisch psycholoog-psychotherapeut, de Meregwaard

A. Lindenberg, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Rembrandthof

T.J.M. Ingenhoven, psychiater en hoofdbehandelaar, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen, Oostelijk Utrecht

Dit is een iets gewijzigde vorm van het artikel dat oorspronkelijk werd gepubliceerd in *Tijdschrift voor Psychotherapie* (2008), 34, 2, pp. 81-91.

Literatuur

- Berghuis, J.G. (2005). Profielinterpretatie van de Nederlandse verkorte MMPI (NVM). Reactie op Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 230-237.
- Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., & Somavia, J. (1998). Assessment of the patient with borderline personality disorder for psychodynamic treatment. In J.W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 299-318). Washington DC: American Psychological Association.
- Eggen, T.J.J.M., & Sanders, P.F. (red.). (1993). *Psychometrie in de praktijk*. Arnhem: Citogroep.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (red.). (2003). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek* (tweede druk). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2004). Theoriegestuurde multidimensionele multi-trait-diagnostiek: Theorie en relevantie voor de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 397-413.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2005a). Dupliek op het kritische commentaar van Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 59-66.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2005b). Reactie op de discussie over de NVM-profielinterpretatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 315-318.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2005c). Theoriegestuurd en contextueel. Repliek op Smid en Kamphuis (2005). *De Psycholoog*, 4, 193-197.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M., Verschuur, M.J., & Bosch, M. (2005). Een aanzet tot constructvalidering van de profielinterpretatie van de Nederlandse verkorte MMPI (NVM). Een onderzoek met behulp van de TAT. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 29-49.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Onnink, A., Williams, M.M., & Snellen, W.M. (in druk). A new approach to the assessment of structural personality pathology: Theory-driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI. *New Ideas in Psychology*.
- Hummelen, J.W. (1997). *Splitsing. Het psychoanalytisch concept en de mogelijkheid het afweermecanisme splitsing betrouwbaar vast te stellen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jaspers, J.P.C. (2005). Constructvalidering van de NVM-profielinterpretatie: fundering of drijfzand? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 50-58.
- Jol, A. (2005). Het valideringsonderzoek van de dynamische profielinterpretatie van Eurelings en Snellen. Reactie op Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 226-227.
- Kernberg, O.F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organisation. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline Personality Disorders*. New York: International University Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven (CT): Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorders* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.
- Kullgren, G., & Armelius, B-A. (1990). The concept of personality organization: a long-term comparative follow-up study with special reference to borderline personality organization. *Journal of Personality Disorders*, 4, 203-212.
- Landis, J.R., & G.G. Koch. (1977). The Measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Luteijn, F., & Kok, A.P. (1985). *Herziene handleiding NVM*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Reich, J., & Francis, A. (1984). The structural interview method for diagnosing borderline disorders: A critique. *Psychiatric Quarterly*, 56, 229-235.
- Riegelman, R.K., & Hirsch, R.P. (1996). *Studying a study and testing a test. How to read the health science literature* (3rd ed.). Boston/New York: Little Brown & Co.
- Samkalden, E. & Trijsburg, R.W. (2006). Het Structurele interview en het Ontwikkelingsprofiel. *Een kritische beschouwing. Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 317-334.
- Smid, W.J., & Kamphuis, J.H. (2005a). Bedenkingen bij de dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie. *De Psycholoog*, 2, 71-75.
- Smid, W.J., & Kamphuis, J.H. (2005b). De profielinterpretatie van de NVM door Eurelings en Snellen: onvoldoende empirische onderbouwing voor klinische toepassing. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 241-249.

De prevalentie van nachtmerries in de psychiatrische populatie

Inleiding

Als voorbereiding op een effectstudie naar de behandeling van nachtmerries met 'Imagery Rehearsal Treatment' (IRT) binnen een psychiatrische populatie, schreef Annette van Schagen (Van Schagen, 2005) in het decembernummer van 2005 van SymForum een literatuurstudie over de diagnostiek, achtergrond en behandeling van nachtmerries. Twee jaar later, in het decembernummer van 2007, geeft Leonore de Vrijer (De Vrijer, 2007) een overzicht van publicaties over nachtmerries bij kinderen. Dit artikel is geen poging tot herhaling van wat zij reeds helder uiteengezet hebben, maar een vervolg. Nog voor de start van het onderzoek van Van Schagen, welke zich richt op de psychiatrische populatie, kwam de vraag naar de prevalentie van nachtmerries binnen deze setting naar voren. Hoewel de klinische indruk is dat nachtmerries veel voorkomen binnen de psychiatrische populatie en niet enkel bij specifieke psychopathologie, zoals posttraumatische stress-stoornis, is hiervoor tot nu toe nog nauwelijks tot geen wetenschappelijke onderbouwing. Een prevalentiestudie naar nachtmerries in de psychiatrische populatie lijkt dus op zijn plaats en dit was aanleiding voor de auteur van dit artikel om een dergelijk onderzoek op te zetten. In de laatste paragraaf van dit artikel wordt hier nader op in gegaan. Eerst wordt, na een korte inleiding over wat nachtmerries zijn, beschreven wat bekend is over de prevalentie van nachtmerries binnen de algemene populatie. Vervolgens wordt de stap gemaakt naar de psychiatrische populatie. Aangezien er zeer weinig bekend is over nachtmerries in de psychiatrische populatie komt eerst de prevalentie van slaapproblemen in het algemeen in deze populatie aan de orde. Daarna wordt het zeer schaarse aantal studies naar de prevalentie van nachtmerries in de psychiatrische populatie uiteengezet. Een overzicht van studies naar het verband tussen nachtmerries en psychopathologie volgt. Uit dit laatste overzicht wordt duidelijk bij hoeveel verschillende vormen van pathologie inmiddels een verband met nachtmerries wordt verondersteld.

Wat zijn nachtmerries? Definitie en classificatie

Het woord nachtmerrie wordt veel gebruikt in zowel de Nederlandse als de Engelse spreektaal. Denk aan uitspraken als "Wat een nachtmerrie!" of "My worst nightmare". We gebruiken het woord om iets vreselijks mee aan te duiden: de overtreffende trap van een ramp. Voor mensen die chronisch lijden aan nachtmerries is het vaak

een ramp die negatieve invloed heeft niet alleen op de nachten, maar dikwijls ook op het functioneren overdag. Nachtmerries worden, binnen twee belangrijke categorische systemen (American Psychiatric Association, 2000; American Sleep Disorders Association, 2005) beschreven als een droom waaruit je wakker schrikt uit voornamelijk de REM-slaap, met een snelle oriëntatie en een heldere herinnering aan de droom en zijn angstaanjagende inhoud. In de DSM-IV-TR criteria van nachtmerries is het lijden zoals hierboven genoemd, expliciet opgenomen. Dit betekent dat slechts van een 'Nightmare disorder' gesproken mag worden als de dromen significant lijden of beperkingen veroorzaken in het functioneren. De definitie van nachtmerrie is de afgelopen decennia uitgebreid onderwerp van discussie geweest onder nachtmerrieonderzoekers. Een aantal punten uit de definitie staan hierbij centraal, zoals de vraag of de emotie die tijdens de droom en bij het ontwaken ervaren wordt, naast angst ook een andere emotie zoals boosheid of verdriet kan zijn, om toch van een nachtmerrie te spreken. Terwijl van oudsher in de definitie enkel over angst gesproken wordt, heeft recent onderzoek aangetoond dat nachtmerries ook andere emoties kunnen bevatten en daarmee niet minder intens zijn dan angstaanjagende nachtmerries (Zadra e.a., 2006). Verder zijn de meningen verdeeld over of alleen als iemand ontwaakt na de vervelende droom, gesproken mag worden van een nachtmerrie. In de meeste definities, zoals die uit de DSM-IV-TR, is het ontwaken na de droom tot nu toe een voorwaarde. Blagrove & Haywood (2006) spreken in dit licht van het 'waking criterion'. Zij stellen dat nachtmerries, gedefinieerd met het 'waking criterion', nachtmerries betreffen die meer stress veroorzaken, maar hierover zijn de meningen verdeeld. Zadra en Donderi (2003) vinden dat bijna de helft van de onderzochten met vervelende dromen (waaruit ze niet ontwaken) hun droom rapporteert als net zo of zelfs meer stressvol dan een nachtmerrie waaruit men wel ontwaakt. Ook Spoomaker & Van den Bout (2005b) vinden in een recente studie dat het wakker schrikken uit nachtmerries niet gerelateerd is aan een hoger psychisch klachtenniveau. Er worden verder in de wetenschappelijke literatuur regelmatig verschillende soorten nachtmerries onderscheiden. Zo spreekt men over het onderscheid tussen nachtmerries die in het kader van een posttraumatische stressstoornis optreden, de zogenaamde 'posttraumatische nachtmerries' en de idiopathische ofwel symbolische nachtmerries, die zich

los van een gebeurtenis uit het verleden manifesteren als een normale droom, maar dan met een emotioneel zeer beladen inhoud (Blanes e.a., 1993; Schreuder, 1996; Phelps e.a., 2008). Het begrip 'posttraumatische nachtmerries' wordt door onder andere Schreuder e.a. (2000) opgedeeld in nachtmerries die zich voornamelijk voordoen in de REM-slaap en als angstdroom kunnen worden getypeerd en nachtelijke herbelevingen, die gerelateerd zijn aan intrusies, verwant aan de posttraumatische stress-stoornis die in een andere fase van de slaap (non-REM) kunnen optreden. Hoe overzichtelijk ook in theorie, in de praktijk blijken de verschillende categorieën moeilijk te onderscheiden. Er is vaak sprake van een mengbeeld waarbij exacte replica's, ook bij patiënten met posttraumatische nachtmerries, niet vaak voorkomen. Mensen geven veelal aan dat de nachtmerries soms wel of soms juist niet leken op de traumatische ervaring zonder een exacte replica te zijn (Davis e.a., 2007). Ook voor de indicatiestelling en behandeling van nachtmerries is het onderscheid tussen verschillende subtypen niet per definitie richtinggevend. In de criteria van de DSM-IV-TR is opgenomen dat voor de diagnose 'nightmare disorder' de nachtmerrie niet uitsluitend in het beloop van een andere psychische stoornis, zoals een posttraumatische stress-stoornis, mag voorkomen. Dit betekent echter niet dat in dat geval de nachtmerrie niet als afzonderlijke klacht zou kunnen worden behandeld. Er gaan de laatste decennia steeds meer stemmen op dit wel te doen (Krakow e.a., 1993; Van Schagen 2005; Spoormaker, 2005).

Prevalentie van nachtmerries in de algemene populatie

De life-time prevalentie van nachtmerries is nagenoeg 100%; heeft iedereen niet wel eens een nachtmerrie gehad? Nachtmerries bij kinderen zijn een veel voorkomend en veelal onschuldig fenomeen. De prevalentie bij volwassenen ligt beduidend lager, echter, nachtmerries blijven ook onder volwassenen veel voorkomend en zijn de meest voorkomende parasomnia. Bixler e.a. (1979) zetten als één van de eersten een groot epidemiologisch onderzoek op naar het voorkomen van slaapstoornissen in de algemene populatie. Zij vinden dat 11,2% van de ondervraagden aangeeft op het moment van onderzoek of in het verleden last te hebben gehad van nachtmerries. De overgrote meerderheid van deze groep heeft al langer dan een jaar deze nachtmerrieklachten. Uit een recent onderzoek van Spoormaker & Van den Bout (2005a) naar slaapstoornissen in de algemene Nederlandse bevolking komt naar voren dat 7,2 % van de Nederlandse bevolking aangeeft af en toe nachtmerries te hebben en 2,2% geeft aan deze zeer regelmatig te hebben. Uit een onderzoek van Hublin e.a. (1999) blijkt dat 2,5 % van de mannen en 3,2 % van de vrouwen aangeeft wekelijks nachtmerries te ervaren en respectievelijk 9,1% en 11,1 % maandelijks. Ook Wood & Bootzin (1990) doen onderzoek naar de prevalentie van nachtmerries en richtten zich hierbij alleen op nachtmerries in plaats van op slaapstoornissen in het algemeen. Zij gebruiken in plaats van retrospectieve



vragenlijsten, dagboeken die door studenten worden bijgehouden gedurende twee weken. Bijna de helft van de onderzochten rapporteert minstens één nachtmerrie in deze periode.

Dit is geen uitputtend overzicht. Er zijn inmiddels teveel studies verricht om hier allemaal uit de doeken te doen. In ieder geval kan worden gesteld dat binnen de algemene bevolking een substantieel deel van de mensen regelmatig last heeft van nachtmerries (rond de 7% tot 12%) en nachtmerries bij een kleiner deel (rond de 2% tot 5 %) van de volwassenen, zeer frequent voorkomen (Bixler e.a., 1979; Belicki & Belicki, 1982; Ohayon e.a., 1997; Hublin e.a., 1999; Spoormaker, 2005). De meeste studies vinden dat nachtmerries binnen de algemene volwassen bevolking significant vaker voorkomen bij vrouwen. Omtrent de oorzaak van dit gevonden verschil is men niet eenduidig. Er zijn meerdere hypothesen in omloop zoals het feit dat vrouwen vaker lijden aan een posttraumatische stress-stoornis, een stoornis waarbij nachtmerries zeer prevalent zijn of het feit dat vrouwen over het algemeen sneller geneigd zijn emotionele klachten te rapporteren. Nog een andere mogelijke verklaring is dat vrouwen zich hun dromen beter kunnen herinneren (Van Linden - van den Heuvel & Emmelkamp 1987; Nielsen en Levin 2007). Tot slot nog enkele punten betreffende de methodologie van de verschillende onderzoeken. Zoals hierboven te lezen is, lopen de gevonden prevalentiecijfers enigszins uiteen. Dit heeft onder andere te maken met enkele methodologische problemen. Ten eerste is het meten van nachtmerries niet gemakkelijk. In een slaaplaboratorium waar middels polysomnografie slaapproblemen in kaart gebracht worden, blijkt dat nachtmerries minder frequent optreden dan in de thuissituatie (Fisher e.a., 1970; Spoormaker e.a., 2005). Deze vorm van onderzoek wordt dan ook weinig gebruikt bij prevalentieonderzoek naar nachtmerries. Meten middels retrospectieve vragenlijsten leidt vaak tot een onderschatting van het aantal nachtmerries, zeker als de tijdsspanne waarover de proefpersoon moet rapporteren lang is, bijvoorbeeld enkele maanden tot een jaar (Wood & Bootzin, 1990; Zadra & Donderi, 2000; Robert

& Zadra, 2008). Het prospectief meten met dagboeken lijkt het meest betrouwbaar, maar is belastend en niet alle proefpersonen houden dit vol. Voor zover nu bekend is het meten middels vragenlijsten die betrekking hebben op een korte tijdsperiode, bijvoorbeeld de afgelopen week, de meest optimale methode (Spoormaker e.a., 2005). Een laatste vraag in het kader van de methodologie is: Wát meet je? Lange tijd werd ervan uit gegaan dat de ernst het best in kaart gebracht kon worden door de frequentie van nachtmerries te meten. Recent onderzoek legt echter toenemend de nadruk op het niet enkel meten van de frequentie van nachtmerries maar bepleiten dat het zinvoller is om het onderzoek te richten op de mate van onwelbevinden dat de nachtmerrie veroorzaakt. Levin & Fireman (2002) vinden in dit licht dat niet de frequentie van nachtmerries gerelateerd is aan een verminderd functioneren overdag, maar dat vooral de manier waarop men de nachtmerries ervaart een voorspeller is voor algemeen psychologisch welzijn.

Prevalentie van slaapproblemen in de psychiatrische populatie

Dat er een sterke relatie bestaat tussen slaapproblemen en psychiatrische stoornissen is evident en slaapproblemen zijn zelfs opgenomen in de diagnostische criteria van verschillende psychiatrische stoornissen zoals angststoornissen (waaronder posttraumatische stress-stoornis en gegeneraliseerde angststoornis) en verschillende stemmingsstoornissen (American Psychiatric Association, 2000). Terwijl er lange tijd vanuit gegaan werd dat als een patiënt zowel een slaapprobleem als een psychiatrische stoornis had, de slaapprobleem gezien moest worden als een symptoom van de psychiatrische stoornis, is op deze visie de laatste twee decennia veel kritiek gekomen. De huidige visie is steeds meer dat er in plaats van een unidirectionele causaliteit sprake is van een bidirectionele relatie (Soldatos, 1994; Krystal, 2006). Ford en Kamerow (1989) tonen eind jaren '80 al aan dat patiënten met (blijvende) insomniaklachten meer kans lopen een (nieuwe) depressieve stoornis te ontwikkelen dan mensen zonder slaapproblemen of patiënten die van hun slaapprobleem zijn hersteld, wat erop wijst dat slaapproblemen een voorspeller zijn voor depressie in plaats van andersom. Het vroeg herkennen en erkennen van slaapproblemen kan zodoende het ontstaan van psychiatrische stoornissen voorkomen.

Op het gebied van slaap en psychiatrie zijn er verschillende invalshoeken voor wetenschappelijk onderzoek. Vanuit de hoek van de Sleep Medicine is per slaapprobleem de relatie met verschillende psychiatrische beelden uitgebreid beschreven. Het boek 'Sleep Disorders and Psychiatry' geeft hiervan een goed overzicht (Buysse, 2005). Vanuit de psychiatrie is er eveneens veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen psychiatrie en slaapproblemen. Hierbij werd de relatie tussen verschillende psychiatrische stoornissen en verschillende slaapproblemen en slaapproblemen in kaart

gebracht (Benca e.a., 1992; Nofzinger e.a., 1993; Fleming, 1994; Benca, 1996; Morin & Ware, 1996; Krystal 2006; Costa e Silva, 2006; Singh e.a., 2007). Bij deze laatste vorm van onderzoek richt men zich zowel op de algemene populatie als ook op de psychiatrische populatie. Het onderzoek binnen de psychiatrische populatie richt zich voornamelijk op specifieke patiëntengroepen, zoals depressieve patiënten, patiënten met de diagnose schizofrenie en in iets mindere mate ook op patiënten met angstklachten, middelengebruik en eetstoornissen. Ondanks het grote aantal studies dat binnen de hierboven geschetste onderzoekstraditie werden uitgevoerd, werden de bevindingen binnen de verschillende psychiatrische categorieën maar zelden onderling met elkaar vergeleken (Benca e.a., 1992). Ook is er weinig prevalentieonderzoek verricht binnen de algemene psychiatrische populatie. Gezien het onderwerp van dit artikel en plannen voor het opzetten van een studie binnen een algemene psychiatrische populatie, worden juist deze studies hieronder nader beschreven.

De meeste van deze studies zijn uitgevoerd in de jaren '70. Sweetwood e.a. (1976) vergelijken een groep mannelijke psychiatrische patiënten met een normale controlegroep. 75% van de patiëntengroep geeft aan elke dag of in ieder geval meerdere keren per week slaapproblemen te hebben tegenover 25 % van de mensen in de controlegroep. Insomnia is de meest voorkomende klacht en 12% van de patiënten heeft last van hypersomnia. De ernst en chroniciteit is positief gecorreleerd met de ernst van de psychiatrische symptomatologie maar er wordt wat betreft de slaapproblemen, opvallend genoeg geen onderscheid gevonden tussen de verschillende psychiatrische stoornissen. In een ander onderzoek van Sweetwood e.a. (1980) wordt een algemene groep ambulante patiënten (waaronder patiënten met onder andere stemmingstoornissen, schizofrenie, middelengebruik en persoonlijkheidsproblematiek) 18 maanden gevolgd. Ruim 36% van de patiënten en 5% van de controlegroep geeft aan vaak last te hebben van slaapproblemen in minimaal 14 van de 18 maanden. 88% van de patiënten geeft aan minimaal 2 van de 18 maanden slaapproblemen te hebben. Opnieuw blijkt de ernst en chroniciteit van de slaapproblemen gecorreleerd met de ernst van de psychiatrische problematiek. En ook in deze studie worden wat betreft de slaapproblemen geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende psychiatrische stoornissen. In beide onderzoeken worden nachtmerries als slaapprobleem niet meegenomen en richt men zich voornamelijk op insomnia en hypersomnia. Berlin e.a. (1984) doen onderzoek onder patiënten in een algemeen ziekenhuis die zijn verwezen naar een psychiatrische consultatieve dienst. Van de 100 patiënten voldoen er 80 aan de criteria van een slaapprobleem waarvan het overgrote deel (72) aan insomnia lijdt. In dit onderzoek worden de bevindingen vergeleken met gegevens uit het medisch dossier, waaruit blijkt dat in 54% van de dossiers van de patiënten met een slaapprobleem hierover niets vermeld staat. Dit dossieronderzoek toont aan dat

er sprake is van een flinke onderdiagnosticering van slaapstoornissen bij psychiatrische patiënten. In het onderzoek van Berlin e.a. worden nachtmerries, in tegenstelling tot de eerder beschreven studies, wel expliciet meegenomen. Hierover meer in de volgende paragraaf. Tot slot een rapport van Üstün e.a. (1996). Hierin wordt een grootschalig onderzoek beschreven dat uitgevoerd is in opdracht van de World Health Organization. Het onderzoek is weliswaar niet uitgevoerd binnen een psychiatrische populatie maar binnen de algemene gezondheidszorg, maar door de grote steekproef zijn de onderzoekers in staat uitspraken te doen over de correlatie tussen slaapstoornissen en psychiatrische stoornissen in de brede zin van het woord. Bij 27% van de patiënten binnen de algemene gezondheidszorg vinden zij een slaapstoornis en van deze groep blijkt ruim de helft (51,5%) eveneens te lijden aan een psychiatrisch ziektebeeld zoals depressie, middelenmisbruik, een angststoornis of somatoforme stoornis. Worden hierbij ook de subklinische psychiatrische beelden meegeteld, dan wordt dit percentage zelfs 66,5%. Al met al geven de uitkomsten van dit onderzoek opnieuw aan dat uiteenlopende psychiatrische ziektebeelden een sterke samenhang vertonen met slaapstoornissen en deze correlatie niet voorbehouden is aan enkele specifieke psychiatrische beelden.

Prevalentie van nachtmerries in de psychiatrische populatie en de samenhang met psychopathologie

Prevalentiecijfers van nachtmerries in een algemene psychiatrische populatie zijn op één hand te tellen en de studies die zijn uitgevoerd hebben methodologische tekortkomingen. Om te beginnen is er het bovengenoemd onderzoek van Berlin e.a. (1984). Zij meten, naast andere slaapklachten, nachtmerries bij patiënten in een algemeen ziekenhuis die een psychiatrische consultatieve dienst bezoeken. Zij vinden dat 1 van de 100 onderzochten nachtmerries heeft. Dit is een opvallend laag aantal, gezien de hogere percentages die in studies in de algemene bevolking worden gevonden. In het artikel wordt niet duidelijk beschreven hoe de nachtmerries gemeten zijn en ook worden frequentie, ernst en ondervonden last niet omschreven waardoor niet goed na te gaan is hoe het percentage zo laag kan uitvallen en in hoeverre de gegevens betrouwbaar zijn. Een ander onderzoek naar de prevalentie van nachtmerries in een psychiatrische populatie is van Brylowski (1990). Hij beschrijft een casestudie waarbij 68 psychiatrische patiënten ondervraagd worden op het hebben van nachtmerries, 16 (23,5%) rapporteert deze inderdaad. Het betreft hier niet psychotische patiënten die zich melden bij een psychiatrisch crisiscentrum, waardoor deze bevindingen niet kunnen worden gegeneraliseerd naar de algemene psychiatrische populatie. De frequentie, ernst en ondervonden last worden ook in dit onderzoek niet expliciet omschreven. De steekproef (N=68) van dit onderzoek is klein te noemen. Zoals eerder beschreven zijn er binnen verschillen psychiatrische subcategorieën

wel prevalentiecijfers voorhanden. Ook werd de samenhang tussen nachtmerries en psychopathologie intensief onderzocht. Veel van deze studies vinden dat mensen die frequent nachtmerries rapporteren ook hoger dan een controlegroep scoren op metingen van psychologische problematiek (Kales & Soldatos e.a., 1980; Hartmann e.a., 1987; Berquier & Ashton 1992; Chivers & Blagrove 1999; Hublin 1999; Zadra & Donderi, 2000). Terwijl sommige van deze studies een poging doen causale verbanden vast te stellen, zoals een persoonlijkheidspatroon dat de persoon gevoelig zou maken voor het ontwikkelen van nachtmerries, zijn onderliggende modellen en causaliteit juist het meest lastig in kaart te brengen en ligt op dit gebied nog veel terrein braak voor toekomstig onderzoek. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende psychiatrische categorieën die in de loop der tijd in verband zijn gebracht met nachtmerries.

Angst en depressie

Uit onderzoek van Hersen (1971) in het begin van de jaren '70 blijkt al dat angstklachten en nachtmerries sterke samenhang vertonen en dit werd vrij recentelijk door Nguyen e.a. (2002) nog eens bevestigd. Ohayon e.a. (1997) vinden binnen een groep insomniapatiënten dat 18,3% van deze groep ook lijdt aan nachtmerries. Zij vergelijken de insomniapatiënten met nachtmerries met de groep insomniapatiënten zonder nachtmerries en vinden dat bij de eerste groep significant vaker comorbiditeit is van ofwel een angststoornis, ofwel een depressieve stoornis of beiden. Miro & Martinez (2005) vinden dat het frequent hebben van nachtmerries sterk gecorreleerd is met een depressieve stemming. Door de bevindingen over de samenhang tussen angstsymptomatologie en nachtmerries worden nachtmerries nogal eens als symptoom van een angststoornis gekarakteriseerd. Toch zijn er de laatste twee decennia ook studies verricht die juist aantonen dat nachtmerries ook onafhankelijk van angstklachten optreden (Wood & Bootzin, 1990; Spoomaker 2005c). Deze onderzoekers wijzen erop dat bij patiënten met zowel een angststoornis als nachtmerries een behandeling enkel gericht op de angstproblematiek vaak niet volstaat en nachtmerries als een op zichzelf staande stoornis moet worden beschouwd en behandeld.

Posttraumatische stress-stoornis

Veruit de meeste studies naar de correlatie tussen nachtmerries en psychiatrische stoornissen richten zich op de posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Dit is begrijpelijk aangezien nachtmerries een onderdeel zijn van de diagnostische criteria van PTSS volgens de DSM-IV-TR. Ross e.a. (1989) zien slaapproblemen, waaronder nachtmerries, zelfs als een van de meest karakteristieke manifestaties van PTSS. Over de relatie tussen slaapstoornissen en PTSS zijn inmiddels verschillende overzichtsartikelen verschenen waaronder enkele recente (Van Liempt e.a. 2007; Lamarche & De Koninck, 2007). Ook bestaan er verschillende recente overzichtsartikelen over de relatie tussen nachtmerries

en PTSS (Phelps e.a. 2007; Wittman e.a. 2007). In een onderzoek van Ohayon e.a. (2000) binnen een algemene populatie, worden twee groepen onderscheiden: één groep van mensen die voldoen aan de criteria van PTSS en een groep die daaraan niet voldoen. In de eerste groep blijkt dat 18,8% nachtmerries rapporteert vergeleken met 4,2% binnen de groep zonder PTSS klachten. In onderzoek onder patiënten die zich aanmelden voor hulp en onder oorlogsveteranen zijn de percentages nog een stuk hoger. Uit onderzoeken gedaan onder oorlogsveteranen blijkt dat tussen de 50 en 70% van de veteranen last heeft van nachtmerries (DeFazio e.a., 1975; Van der Kolk e.a., 1980; Neylan e.a., 1998; Schreuder e.a., 2000).

Psychotische stoornissen

Nachtmerries en pathologie verwant aan schizofrenie en schizotypie worden al geruime tijd met elkaar in verband gebracht. Kales & Soldatos e.a. (1980) vinden dat mensen met nachtmerries vaker dan een controlegroep wantrouwig en vervreemd zijn en spreken van 'schizoid patterns of adjustment' bij mensen met chronische nachtmerries. Hartmann e.a. (1981) onderzoeken mensen met nachtmerries door onder andere de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) af te nemen en concluderen dat mensen met chronische nachtmerries neigen naar psychose. De meesten van deze mensen voldoen echter niet aan de criteria van schizofrenie. In een beter gecontroleerd onderzoek eind jaren '80 vinden Hartmann e.a. (1987) opnieuw dat patiënten met chronische nachtmerries verhoogd scoren op schalen van de MMPI die psychosegevoeligheid meten. Uit interviews met deze groep bleek bovendien dat het mensen betrof die gevoelig, creatief en open zijn, maar ook veel trekken hebben van een 'schizophrenic spectrum disorder'. Ook Berquier & Ashton (1992) vinden een verhoogde 'schaal 8' op de MMPI bij mensen met chronische nachtmerries. In tegenstelling tot het hiervoor genoemde onderzoek vinden zij echter ook significant meer neurotische symptomen bij de nachtmerriegroep vergeleken met een controlegroep. Zij concluderen dat de verhoging op schaal 8 moet worden geïnterpreteerd als een reflectie van globale aanpassingsproblemen in plaats van psychotische symptomatologie. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe sterk de samenhang is tussen nachtmerries en psychotische symptomatologie.

Suïciderisico

Een opvallend aantal studies richt zich op het verband tussen suicidaliteit en nachtmerries. Agargün e.a. (1998) vinden dat depressieve patiënten met nachtmerries een hogere suicidaliteit laten zien dan depressieve patiënten die frequent dromen maar geen last hebben van nachtmerries. Tanskanen e.a. (2001) vinden in een groot opgezette prospectieve follow-up studie onder de algemene bevolking van Finland eveneens dat mensen met nachtmerries een verhoogd suïciderisico hebben. Bij mensen met frequente nachtmerries is dit risico nog hoger. Sjöstrom e.a. (2007) doen tot

slot onderzoek onder patiënten die recentelijk een suïcidepoging hebben gedaan. Zij vinden dat veel (89%) van deze patiënten slaapproblemen rapporteren. Juist nachtmerries zijn in dit onderzoek daarnaast, meer dan de overige slaapproblemen zoals insomnia, gerelateerd aan een verhoogd suïciderisico. Ook gecontroleerd voor psychiatrische stoornissen en symptomen blijft dit verband bestaan.

Alcohol- en middelenmisbruik

Cernosky (1985, 1986) vindt aanwijzingen dat de prevalentie van nachtmerries bij patiënten met alcohol- en middelenmisbruik verhoogd is. Van vrouwen met alcohol- en drugsmisbruik en mannen met chronisch alcoholmisbruik rapporteert rond de 25% frequente nachtmerries. De meting wordt verricht middels item 31 van de MMPI: 'I have nightmares every few nights'. In een onderzoek van Colligan (1983), waar Cernosky zijn uitkomsten mee vergelijkt, scoren slechts 8,1% van de ondervraagden uit een algemene populatie 'juist' op dit item, hetgeen een indicatie geeft voor een verhoogde nachtmerrieprevalentie bij patiënten met alcohol- en middelenmisbruik.

Persoonlijkheidspathologie

Veel studies baseren zich op het uitgangspunt dat nachtmerries op volwassen leeftijd een reflectie zouden zijn van een afwijkend persoonlijkheidspatroon. Veruit het meeste onderzoek richt zich daarbij op mensen met chronische nachtmerries. Hersen (1971) doet een onderzoek onder klinisch opgenomen patiënten. Patiënten die frequent nachtmerries rapporteren, scoren niet alleen hoger op schalen voor angstsymptomatologie en zorgen rondom de dood, maar ook op verminderde ego-sterkte dan de controlegroepen. Zoals hierboven ook al genoemd vinden Hartmann e.a. (1981, 1987) dat mensen die chronisch aan nachtmerries lijden gevoelige artistieke, open en creatieve mensen zijn. Belicki & Belicki (1986) vinden dat personen die frequent nachtmerries hebben hoger scoren op een schaal voor 'hypnotizability', creatiever zijn en sterk neigen tot het gebruik van fantasie en inbeelding. Eind jaren '80 ontwikkelt Hartmann (1989) het zogenaamde 'boundary concept'. Dit betreft een persoonlijkheidsmaat waarbij iemand zwakke dan wel stevige persoonlijke grenzen kan hebben. Hij vindt vervolgens in verschillende studies dat het frequent lijden aan nachtmerries hoog gecorreleerd is met het hebben van zwakke persoonlijke grenzen (Hartmann e.a., 1998). Een onderzoek van Pietrowsky & Köthe (2003) bevestigt de bevindingen van Hartmann e.a. Van der Kolk e.a. (1984) vergelijken een groep veteranen die hun leven lang al aan nachtmerries lijden met een groep veteranen waarbij de nachtmerries zijn ontstaan binnen het beeld van een PTSS. De eerste groep blijkt significant meer personen met persoonlijkheidspathologie te bevatten dan de tweede groep. Een recente studie (Semiz e.a., 2008) onderzoekt tot slot nachtmerries bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze groep blijkt significant meer

last te hebben van nachtmerries dan een controlegroep, bestaande uit gezonde leeftijdsgenoten. Daarnaast blijkt dat de borderline patiënten met nachtmerries meer en ernstiger comorbide psychopathologie rapporteren dan de borderline patiënten die geen nachtmerries hebben. Al met al zijn er aanwijzingen dat er bij mensen met chronische nachtmerries sprake zou zijn van een afwijkend persoonlijkheidsprofiel en daarnaast wijst recentelijk onderzoek op samenhang tussen een borderline persoonlijkheidsstoornis en nachtmerries.

Dissociatieve stoornissen

Agargün e.a. (2003) doen onderzoek naar het vóórkomen van nachtmerries binnen een groep patiënten met dissociatieve stoornissen. Een prevalentie van 57% wordt gevonden. Daarnaast blijkt dat onder de groep dissociatieve patiënten met nachtmerries meer automutilatie voorkomt, meer suïcidaal gedrag en meer comorbiditeit met borderline persoonlijkheidsstoornis dan onder de groep dissociatieve patiënten zonder nachtmerries.

Conclusie en onderzoeksvragen

Nachtmerries komen regelmatig voor in een algemene populatie (7-12%) en een kleiner, maar niet verwaarloosbaar deel van de bevolking heeft zelfs zeer frequent last van nachtmerries (2-5%). Er is een sterke samenhang tussen enerzijds nachtmerries en anderzijds psychiatrische stoornissen en symptomen. Nachtmerries kunnen in verband gebracht worden, niet alleen met posttraumatische stress-stoornis, maar ook met andere psychiatrische ziektebeelden zoals angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve stoornissen en psychotische stoornissen. Uit prevalentieonderzoek naar slaapproblemen in het algemeen blijkt dat deze zeer prevalent zijn in de psychiatrische populatie. Al met al is het dan ook logisch te veronderstellen dat patiënten binnen een psychiatrische setting vaker dan de algemene bevolking zullen kampen met nachtmerries. Toch is dit tot op heden nooit goed in kaart gebracht. Mogelijk heeft dit te maken met de vorm van onderzoek die hiervoor geschikt is. Dergelijk onderzoek past in de traditie van de klinische epidemiologie, een onderzoeksveld binnen de psychiatrische epidemiologie (onderzoek naar psychiatrische stoornissen in de algemene bevolking), waarin onderzoek gedaan wordt naar fenomenen binnen de psychiatrische populatie. Alhoewel er de laatste jaren voor gepleit wordt de gangbare psychiatrische epidemiologie vaker te combineren en te integreren met klinische epidemiologie (Kessler, 2007) neemt deze vorm van onderzoek op dit moment (nog) geen prominente rol in. Toch is dit een gemis. Zeker ook waar het klinisch prevalentieonderzoek naar nachtmerries betreft. Krakow (2006) wijst er in een recent artikel op dat onder andere door het tekort aan klinisch epidemiologische studies er op het moment een kloof bestaat tussen onderzoekers die evidence based behandelingen ontwikkelen voor nachtmerries en de patiënten die deze interventies nodig hebben en zoeken binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Met andere woorden, er zijn behandelingen voorhanden maar we weten niet hoeveel patiënten en welke patiënten lijden aan nachtmerries en hiervoor hulp wensen. We kunnen zodoende de zorg niet voldoende op hen afstemmen. Prevalentieonderzoek naar nachtmerries in de psychiatrische populatie zou kunnen leiden tot een betere onderkenning en vroege herkenning van deze stoornis in de psychiatrische praktijk en zou een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling. Daarnaast zou middels deze vorm van onderzoek mogelijke onderdiagnosticering aan het licht kunnen komen.

De auteur van dit artikel is op dit moment bezig met de voorbereidingen van een prevalentieonderzoek naar nachtmerries in de psychiatrische populatie in het kader van haar opleiding tot klinisch psycholoog. De onderzoeksvragen die bij dit onderzoek centraal zullen staan zijn: "Wat is de prevalentie van nachtmerries bij volwassen psychiatrische patiënten in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg?". En "Welke patiënten lopen een verhoogd risico op nachtmerries?". Wat betreft deze risicofactoren moet gedacht worden aan de aard en ernst van de psychiatrische problematiek maar ook aan demografische factoren zoals geslacht en leeftijd. Tot slot zal een deel van het onderzoek zich richten op patiënten die aangeven regelmatig last te hebben van nachtmerries. Onderzoeksvragen hierbij betreffen de frequentie, de aard (symbolisch/replicatief) van de nachtmerries, de chroniciteit, ondervonden last en invloed op het dagelijks functioneren. Ook zal de hulpvraag van deze patiënten ten aanzien van hun nachtmerries in kaart worden gebracht.

M.L. Swart, gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist, de Meregard

Literatuur

- Agargün, M. Y., Cilli, A. S., Kara, H., Tarhan, N., Kincir, F., Öz, H. (1998). Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (4), 198-202.
- Agargün, M. Y., Kara, H., Özer, Ö. A., Selvi, Y. S., Kiran, Ü., Özer, B. (2003). Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 575-579.
- American Sleep Disorders Association (2005). *ICSD-II. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. Chicago: IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Belicki, D., Belicki, K. (1982). Nightmares in a university population. *Sleep Research*, 11, 116-119.
- Belicki, K., Belicki, D. (1986). Predisposition for nightmares: A study of hypnotic ability vividness of imagery, and absorption. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 714-718.
- Benca, R. M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A., Gillin, C. (1992). *Archives of General Psychiatry*, 49, 651-670.

- Benca, R. M. (1996). Sleep in psychiatric disorders. *Neurologic clinics*, 14 (4), 739-764.
- Berlin, R. M., Litovitz, G. L., Diaz, M. A., Ahmed, S. W. (1984). Sleep disorders on a psychiatric consultation service. *American Journal of Psychiatry*, 141 (4), 582-584.
- Berquier, A., Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 246-250.
- Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D., Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles Metropolitan Area. *American Journal of Psychiatry*, 136 (10) 1257-1262.
- Blagrove, M., Haywood, S. (2006). Evaluating the awaking criterion in the definition of nightmares: how certain are people in judging whether a nightmare woke them up? *Journal of Sleep Research*, 15, 117-124.
- Blanes, T., Burgess, M., Marks, I. M., Gill, M. (1993). Dream Anxiety Disorder (Nightmares): A review. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 37-43.
- Brylowski, A. (1990). Nightmares in crisis: Clinical applications of lucid dreaming techniques. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 15, 79-84.
- Buysse, D. J. (red.) (2005). Sleep Disorders and Psychiatry. Oldham, J. M. , Riba, M. B. (serie red.). *Review of Psychiatry Series*, 24 (2); Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Cernovsky, Z. Z. (1985). MMPI and nightmares in male alcoholics. *Perceptual and Motor Skills*, 61, 841-842.
- Cernovsky, Z. Z. (1986). MMPI and nightmare reports in women addicted to alcohol and other drugs. *Perceptual and Motor Skills*, 62, 717-718.
- Chivers, L., Blagrove, M. (1999). Nightmare frequency, personality, and acute psychopathology. *Personal and Individual Differences*, 27, 843-851.
- Colligan, R. C., Osborne, D., Swenson, W. M., Offord, K. P. (1983). *The MMPI: a contemporary normative study*. New York: Praeger.
- Costa e Silva, J. A. (2006). Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism Clinical and Experimental*, 55 (2), S40-S33.
- Davis, J. L., Byrd, P., Rhudy, J. L., Wright, D. C. (2007). Characteristics of chronic nightmares in a trauma-exposed treatment-seeking sample. *Dreaming*, 17 (4), 187-198.
- DeFazio, V. J., Rustin, S., Diamond, A. (1975). Symptom development in Vietnam era veterans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 158-163.
- Fisher, C., Byrne, J., Edwards, A., Kahn, E. (1970). A psychophysiological study of nightmares. *Journal of the American Psychoanalytic association*, 18 (4), 747-782.
- Fleming, J. A. E. (1994). REM Sleep abnormalities and psychiatry. *Journal of Psychiatric Neuroscience*, 19 (5), 335-344.
- Ford, D. E., Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*, 262 (11), 1479-1484.
- Hartmann, E. (1989). Boundaries of dreams, boundaries of dreamers. Thin and thick boundaries as a new personality measure. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14, 557-560.
- Hartmann, E., Rosen, G.F., Rand, W. (1998). Personality and dreaming: boundary structure and dream content. *Dreaming*, 8, 31-39.
- Hartmann, E., Russ, D., Kolk, B. van der, Falke, R., Oldfield, M. (1981). A preliminary study of the personality of the nightmare sufferer: relationship to schizophrenia and creativity? *American Journal of Psychiatry*, 138, 794-797.
- Hartman, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I., Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferer. *Archives of General Psychiatry*, 44, 49-56.
- Hersen, M. (1971). Personality characteristics of nightmare sufferers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 27-31.
- Hublun, C., Kaprio, J., Partinen, M., Koskenvuo, M. (1999). Nightmares: Familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American Journal of Medical genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 88, 329-336.
- Kales, A., Soldatos, C., Caldwell, A., Chardney, D., Kales, J., Markel, D., Cadieux, R. (1980). Nightmares: Clinical characteristics and personality patterns. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1197-1202.
- Kessler, R. C. (2007). Psychiatric epidemiology: Challenges and opportunities. *International Review of Psychiatry*, 19 (5), 509-521.
- Kolk, B. van der, Blitz, R., Burr, W., Sherry, S., Hartmann (1984). Nightmares and trauma: a comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *American Journal of Psychiatry*, 141 (2), 187-190.
- Kolk, B. A. van der, Hartmann, E., Burr, A. e.a. (1980). A survey of nightmare frequencies in a veterans outpatient clinic. *Sleep Research*, 9, 229.
- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D., Lambert, L. (1993). Imagery Rehearsal Treatment of chronic nightmares: with a thirty month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 325-330.
- Krakow, B. (2006). Nightmare complaints in treatment-seeking patients in clinical sleep medicine settings: Diagnostic and treatment implications. *Sleep*, 29 (10), 1313-1319.
- Krystal, A. D. (2006). Sleep and Psychiatric disorders: Future directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1115-1130.
- Lamarque, L. J., Koninck, J. de (2007). Sleep disturbance in adults with posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (8), 1257-1316.
- Levin, R., Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep*, 25 (2), 205-212.
- Liempt, S. van, Vermetten, E., Groen, J. H. M., de, Westenberg, H. G. M. (2007). Slaapafwijkingen bij posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49 (9), 629-638.
- Linden – van den Heuvel, G. F. E. C. van, Emmelkamp, P. M. G. (1987). Nachmerries en night terrors. *Directieve therapie en hypnose*, 7, 277-300.
- Miro, E., Martinez, M. P. (2005). Affective and personality characteristics in function of nightmare prevalence, nightmare distress, and interference due to nightmares. *Dreaming*, 15 (2), 89-105.

- Morin, C. M., Ware, J. C. (1996). Sleep and psychopathology. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 211-224.
- Neylan, T. C., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Weiss, D. S., Zatzick, D. F. e.a. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation: Findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 155 (7), 929-933.
- Nguyen, T. T., Madrid, S., Marquez, H., Hicks, R. A. (2002). Nightmare frequency, nightmare distress, and anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 95, 219-225.
- Nielsen, T., Levin, R. (2007). Nightmares: A new neurocognitive model. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 295-310.
- Nofzinger, E. A., Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Kupfer, D. J. (1993). Sleep disorders related to another mental disorder (nonsubstance/primary): A DSM-IV literature review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (7) 244-255.
- Ohayon, M. M., Morselli, P. L., Guilleminault, C. (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*, 20 (5), 340-348.
- Ohayon, M. M., Shapiro, C. M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (6), 469-478.
- Phelps, J. A., Forbes, D., Creamer, M. (2008). Understanding posttraumatic nightmares: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 28, 338-355.
- Pietrowsky, R., Köthe, M. (2003). Personal boundaries and nightmare consequences in frequent nightmare sufferers. *Dreaming*, 13 (4), 245-254.
- Robert, G., Zadra, A. (2008). Measuring nightmares and bad dream frequency: impact of retrospective and prospective instruments. *Journal of Sleep Research*, 17, 132-139.
- Ross, R. J., Ball, W. A., Sullivan, K. A., Caroff, S. N. (1989). Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146 (6), 697-704.
- Schagen, A. M. van (2005). Van nachtmerrie tot nachtrust: Een onderzoek naar behandeling van nachtmerries. *SymForum, Wetenschappelijk tijdschrift Symfona groep*, 6, 14-20.
- Schreuder, J. N. (1996). Nachtmerries en nachtelijke herbelevingen: twee onderscheiden fenomenen na psychotraumatische ervaringen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (4), 299-311.
- Schreuder, B. J. N., Kleijn, W., & Rooijmans, H. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (3), 453-463.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (1), 48-55.
- Singh, A., Ghazvini, P., Robertson, N., Massey, A. J., Kirksey, O., Honeywell, M. S. (2007). Sleep disturbances in patients with psychiatric illnesses. *Journal of Pharmacy Practice*, 19 (6), 369-378.
- Sjöström, N., Wærn, M., Hetta, J. (2007). Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*, 30 (1), 91-95.
- Soldatos, C. R. (1994). Insomnia in relation to depression and anxiety: Epidemiological considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (1) 3-8.
- Spoormaker, V. I. (2005). Nightmares. *Assessment, theory and treatment*. Utrecht University.
- Spoormaker, V. I., Bout, J. van den (2005a). The prevalence of sleep disorders in the Netherlands. In Spoormaker, V. I. *Nightmares. Assessment, theory and treatment*. Utrecht University.
- Spoormaker, V. I., Bout, J. van den (2005b). Direct awaking from a nightmare is not associated with increased distress. In Spoormaker, V. I. *Nightmares. Assessment, theory and treatment*. Utrecht University.
- Spoormaker, V. I., Bout, J. van den (2005c). Depression and anxiety: Relations with sleep disturbances. In Spoormaker, V. I. *Nightmares. Assessment, theory and treatment*. Utrecht University.
- Spoormaker, V. I., Schreuder, B. J. N., Kamphuisen, H. A. C., Kleijn, W. C. (2005). Does polysomnography reduce nightmare frequency? In Spoormaker, V. I. *Nightmares, Assessment, theory and treatment*. Utrecht University.
- Sweetwood, H., Grant, I., Kripke, D. F., Gerst, M. S., Yager, J. (1980). Sleep disorders over time: Psychiatric correlates among males. *British Journal of Psychiatry*, 136, 456-462.
- Sweetwood, H. L., Kripke, D. F., Grant, I., Yager, J., Gerst, M. S. (1976). Sleep disorder and psychobiological symptomatology in male psychiatric outpatients and male nonpatients. *Psychosomatic Medicine*, 38 (6), 373-378.
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamäki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., Puska, P. (2001). Nightmares as predictors of suicide. *Sleep*, 24 (7), 844-847
- Üstün, T. B., Privett, M., Lecrubier, Y., Weiller, E., Simon e.a. (1996). Form, frequency and burden of sleep problems in general health care: a report from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *European Psychiatry*, 11 (1), 5s-10s.
- Vrijer, L. S. de (2007). Dromen: een nachtmerrie? *SymForum, Wetenschappelijk tijdschrift Symfona groep*, 4, 10-15.
- Wittman, L., Schredl, M., Kramer, M. (2007). Dreaming in posttraumatic stress disorder: a critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76 (1), 25-39.
- Wood, J. M., Bootzin, R. R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 64-68.
- Zadra, A., Donderi, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.
- Zadra, A., Donderi, D. C. (2003). Affective content and intensity of nightmares and bad dreams. *Sleep*, 26, A93-A94.
- Zadra, A., Pilon, M., Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 194 (4), 249-254.

door Freek Boom, Berno van Meijel, Wubbien Wesselink en Barbara Stringer

Gedeelde smart: Het betrekken van naasten bij de verpleegkundige zorg voor de suïcidale patiënt

Gerard de Vries is 53 jaar oud en zit al een half jaar in de ziektewet. De bank waar hij voor werkte heeft een aantal reorganisaties doorgevoerd, waar Gerard niet mee uit de voeten kon. Thuis komt hij nog maar tot weinig. Hij heeft nergens meer zin in, het eten smaakt hem niet meer en 's nachts ligt hij veel te piekeren in bed. Vaak staat hij dan op om op de bank te gaan liggen en televisie te kijken. Met zijn collega's heeft hij geen contact meer. Hij ervaart het als een grote opgave om nog bij anderen op bezoek te gaan. Zijn vrouw heeft er veel moeite mee dat Gerard bijna niets meer wil. Zij voelt zich erg beperkt in haar bewegingsvrijheid nu haar man dagelijks thuis is. Gerard voelt zich daardoor overbodig en zijn vrouw tot last. Op een ochtend als hij alleen thuis is, besluit Gerard alle medicatie in huis te verzamelen die hij vervolgens in één keer inneemt. Bij thuiskomst treft mw. De Vries haar man buiten kennis aan. Met spoed wordt Gerard met een ambulance overgebracht naar een intensive care. Na daar behandeld te zijn, stemt Gerard toe in overplaatsing naar een gesloten psychiatrische opnameafdeling voor verdere behandeling.

Inleiding

Het aantal suïcides in Nederland blijft de afgelopen tien jaar min of meer gelijk. Jaarlijks komen tussen de vijftien- en zestienhonderd personen door suïcide om het leven. Daarnaast ondernemen in Nederland naar schatting zo'n 94.000 personen een suïcidepoging. Een groot deel hiervan is bij geen enkele medische instantie bekend. Meer dan 90% van de suïcideslachtoffers leed ten tijde van de suïcide aan een psychiatrische aandoening.

Psychiatrisch verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in de zorg voor suïcidale patiënten. Zij hebben doorgaans een intensief contact met de patiënt. De zorg voor de suïcidale patiënt strekt zich uit over de volgende aandachtsgebieden¹:

- het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie met de patiënt, die als basis dient om samen met de patiënt tot een beter begrip van het suïcidale gedrag te komen, de achtergronden ervan te verkennen en effectieve interventies in te zetten;
- het bieden van ondersteuning aan de patiënt bij het ontwikkelen van vaardigheden op het gebied van probleemoplossing, sociale vaardigheden en conflicthantering;
- het monitoren van de (ernst van de) suïcidaliteit. Bij ernstige suïcidaliteit zullen passende maatregelen genomen moeten worden om de veiligheid van de patiënt te waarborgen;
- het betrekken van naasten bij de zorg aan de suïcidale patiënt.

In dit artikel zal nader worden ingegaan op het vierde aspect. Er zal antwoord worden gegeven op de vraag waarom het van belang is dat verpleegkundigen de naasten van een suïcidale patiënt gericht bij de zorg betrekken en tevens hoe zij dit kunnen realiseren. Op het gebied van het betrekken van naasten bij de zorg voor suïcidale patiënten valt er naar ons oordeel kwaliteitswinst te behalen. In de dagelijkse verpleegkundige praktijk is waarneembaar dat de verpleegkundige zich sterk richt op informatieverschaffing aan de naasten van de patiënt. Dit is ook van groot belang, aangezien naasten veel behoefte hebben aan deze informatie. Echter, eenzijdige nadruk op informatievoorziening plaatst naasten hoofdzakelijk aan de ontvangende kant van het contact. Hiermee blijven mogelijkheden voor goede hulpverlening onbenut. Onze stelling is dat naasten van de suïcidale patiënt de verpleegkundigen en andere hulpverleners veel te bieden hebben om tot betere zorg te komen. De vraag nu is hoe het betrekken van naasten in de zorg goed vormgegeven kan worden. En hoe ga je om met problemen die daarbij optreden? Hoe zit het bijvoorbeeld met de privacy van de patiënt? En wat nu als de verpleegkundige eigenlijk geen rol van betekenis voor naasten ziet of als deze de relatie tussen de patiënt en zijn naasten zelfs als ziekmakend inschat?

Sociale steun

Er is een (prototypisch) profiel opgesteld van personen met een verhoogd suïciderisico². De suïcidale persoon



is een jonge of juist oudere depressieve patiënt, doorgaans op zichzelf wonend en zonder vaste relatie, die door de huisarts wordt behandeld met een modern anti-depressivum en zich over het algemeen weinig uit over suïcidale gedachten. Gebrek aan sociale contacten en sociale steun domineert als element in dit profiel. Onder mannen komt suïcide twee maal zoveel voor als onder vrouwen, waarbij als verklaring gegeven wordt dat vrouwen mogelijk minder kwetsbaar zijn voor suïcide omdat zij meer investeren in relaties met kinderen, familieleden en vrienden³. Hiermee kunnen zij meer dan mannen beschikken over sociale steun in tijden waarin zij deze nodig hebben.

Ook in de 'Nemesis-studie' wordt aangegeven dat Nederlandse volwassenen zonder vaste relatie en met weinig sociale steun een verhoogde kans hebben op (recidiverende) suïcidaliteit⁴.

Verlies van familie blijkt met het stijgen der jaren steeds vaker de aanleiding te zijn om een einde aan het leven te maken. Dit geldt in het bijzonder voor de leeftijdsgroep van 70 jaar en ouder, en binnen deze groep vooral voor weduwen en weduwnaars.

Bij kinderen en adolescenten wordt stress binnen de familie (ondermeer door verstoorde familierelaties) als risicofactor voor suïcidaal gedrag gezien. Een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk wees uit dat in meer dan vijftig procent van de gevallen waarin kinderen of

adolescenten suïcidaal gedrag vertoonden het ging om één-ouder-gezinnen, waarbij de ouders gescheiden waren en de vader uit het gezin vertrokken was⁵.

De kwetsbaarheid van gezinssystemen komt ook tot uitdrukking in het feit dat suïcidaal gedrag en suïcides vaker worden gezien onder familieleden van mensen die eerder een suïcidepoging ondernamen of door suïcide om het leven zijn gekomen. Mensen die zich uiteindelijk suïcideren hebben ten opzichte van de normale populatie tien maal zo vaak een positieve familieanamnese voor suïcide, onafhankelijk van andere psychiatrische problematiek⁶.

We concluderen dat verlies van naasten of verstoringen van relaties binnen het sociaal systeem een belangrijke risicofactor vormen voor suïcidaliteit. Andersom kan een krachtig en steunend sociaal systeem juist als een belangrijke beschermende factor voor suïcidaliteit worden aangemerkt.

Het betrekken van naasten

De vraag is of er binnen de huidige behandelpraktijk in voldoende mate, en op een juiste wijze rekening gehouden wordt met het belang van naasten als mogelijke risico- of beschermende factor ten aanzien van suïcidaliteit. Waarschijnlijk zijn individuele hulpverleners en instellingen hier niet eenduidig in. In het boek 'Loden last' uit 2004 hebben Hulzebos en Bakker verhalen opgetekend van

nabestaanden die een dierbare verloren door suicide⁷. Een gemeenschappelijke noemer binnen deze verhalen is dat alle nabestaanden zich buitengesloten voelden op het moment dat hun suïcidale vriend of familielid in aanraking kwam met de professionele hulpverlening.

Wij bepleiten meer systematische betrokkenheid van naasten bij de behandeling en begeleiding van de suïcidale patiënt en onderstrepen daarbij in het bijzonder de rol van de verpleegkundige. Wij willen dit belang verder uitwerken aan de hand van vier thema's, te weten:

- de naaste als ervaringsdeskundige;
- het vergroten van de draagkracht van naasten in relatie tot de suïcidale patiënt;
- het actief bieden van ondersteuning door naasten aan de suïcidale patiënt;
- het vergroten van de veiligheid voor de suïcidale patiënt door naasten actief in de zorg te betrekken.

De naaste als ervaringsdeskundige

Naasten zijn vooral ervaringsdeskundigen. Zij weten veel van de patiënt, van zijn eigenaardigheden, van zijn kwetsbare en gezonde kanten. Hulpverleners krijgen pas dan een goed beeld van de patiënt als zij óók zijn naaste omgeving horen.

De waarde van naasten valt in drie gebieden onder te verdelen. Op de eerste plaats gaat het erom dat naasten elkaar verstaan. Hiermee wordt bedoeld dat naasten de taal van de patiënt spreken en begrijpen, en daarom dikwijls een ingang bij de patiënt kunnen vinden waar hulpverleners (nog) niet toe in staat zijn. Ten tweede is er sprake van elkaar aanvoelen. Door dit aanvoelen ervaart de patiënt vertrouwen en emotionele steun van de naasten. Hulpverleners zijn veelal niet in staat dit op vergelijkbare wijze aan de patiënt te bieden. Ten derde vormen de patiënt en zijn naasten met elkaar een systeem en zijn ze onderling met elkaar verbonden. Dikwijls is er sprake van lang bestaande onderlinge loyaliteit⁸.

Naasten kennen de patiënt dus een stuk langer dan de bij de behandeling betrokken hulpverleners. Zij zullen doorgaans eerder doorhebben, dat er iets verandert in de belevingen, de gedachten en het gedrag van de patiënt. Vaak is het zo dat patiënten met suïcidale ideaties eerder geneigd zijn deze naar hun naasten te uiten, dan naar de betrokken hulpverleners. Wanneer de hulpverlener vermoedt dat aanwezige suïcidale gedachten of plannen worden ontkend, kan hij bij naasten navragen of de patiënt zich op directe of indirecte wijze suïcidaal geuit heeft in hun nabijheid⁹.

In contact met naasten kunnen verpleegkundigen hun eigen indrukken over de toestand van de patiënt toetsen aan de indrukken van familie of vrienden van de patiënt. Op basis van deze gezamenlijke informatie komt de verpleegkundige dan tot een eigen afweging betreffende het toestandsbeeld van de patiënt en eventueel aanwezige risico's voor de patiënt.

Opgemerkt dient te worden dat hier gesproken wordt over de potentiële waarde van naasten. De hulpverlener wordt in zijn dagelijkse praktijk geregeld geconfronteerd

met situaties waarin de ervaringsdeskundigheid van de naasten niet tot zijn recht komt, bijvoorbeeld doordat het systeem van de patiënt ernstig ontregeld is of doordat het inzicht van naasten in de beleving en het gedrag van de patiënt ontbreekt.

Het vergroten van de draagkracht in relatie tot de suïcidale patiënt

Omgaan met een suïcidale persoon is vaak een grote opgave voor de mensen in diens directe omgeving. Ontkenning, verdriet en boosheid wisselen elkaar af. Van de betrokken naasten is in menig geval al geruime tijd veel gevraagd. De suïcidale uitingen van de patiënt kunnen door naasten als krenkend en ondankbaar worden ervaren. Door als persoon te verklaren dat het leven niet meer de moeite waard is, geeft men indirect aan dat ook de ander niet meer de moeite waard is: 'Jij bent niet genoeg'¹⁰. Naasten hebben ondersteuning nodig om goed met deze boodschap om te leren gaan. Daar komt bij dat naasten soms minder geneigd zijn om suïcidale gedachten bespreekbaar te maken, uit angst deze gevoelens te versterken. Psycho-educatie voor naasten in het omgaan met een suïcidale patiënt kan een bijdrage leveren aan een adequate omgang. Wat is juist wel en wat is niet helpend in het contact tussen naaste en patiënt?

Suïcidaliteit kan grote bezorgdheid en onzekerheid oproepen bij naasten. Naast de directe dreiging die uitgaat van suïcidaliteit, vragen naasten zich ook vaak af of hun suïcidale familielid of vriend wel in goede handen is bij de hulpverleners. Daarom kunnen naasten het als een verlichting ervaren als zij zien en horen dat de patiënt tijdens de behandeling de gelegenheid geboden wordt zijn spanningen en problemen te bespreken. Na de vaak belastende periode die zij achter de rug hebben, ervaren naasten het als een opluchting wanneer zij zien dat de suïcidale patiënt steun krijgt binnen de behandelrelatie en dat hij daar de gelegenheid krijgt om 'stoom af te blazen'. De naasten zijn voor even ontslagen van de grote verantwoordelijkheid om (alleen) voor de suïcidale patiënt te zorgen.

Door naasten de gelegenheid te bieden hun emoties ten aanzien van het suïcidale gedrag van de patiënt te uiten en door hen te laten zien dat de patiënt in goede handen is, kan draagvlak worden gecreëerd voor een meer actieve betrokkenheid van de naasten bij de behandeling en begeleiding van de patiënt.

Verpleegkundigen kunnen naasten op diverse manieren directe ondersteuning bieden wat leidt tot vergroting van de draagkracht. Belangrijk is dat de verpleegkundige duidelijk in beeld is en zich beschikbaar toont voor naasten van de patiënt. Het werkt drempelverlagend voor naasten om het contact aan te gaan wanneer de verpleegkundige duidelijk aangeeft voor hen beschikbaar te zijn (bijvoorbeeld tijdens het bezoek). Dit stelt naasten in de gelegenheid om ervaringen, emoties en zorgen te uiten. Een tweede manier om draagkracht te vergroten is door begrip te kweken bij naasten voor het suïcidale gedrag

van de patiënt. Dit kan geschieden door de communicatie tussen patiënten en naasten te bevorderen, waardoor op een meer directe manier uiting gegeven kan worden aan gevoelens en zorgen. De gewenste uitkomst is dat naasten uiteindelijk beter in staat zijn het contact met de suïcidale patiënt vol te houden.

Actief bieden van ondersteuning door naasten aan de suïcidale patiënt

De interactie tussen de suïcidale patiënt en zijn naasten is vaak complex. De patiënt kan het gevoel hebben anderen vooral tot last te zijn. Om naasten niet nog meer te belasten vermijdt hij openheid over zijn suïcidale gedachten en intenties. Dit veroorzaakt een – voor de suïcidale patiënt kenmerkend – emotioneel en sociaal isolement. Het gevoel van isolement kan ook worden versterkt wanneer de patiënt zijn suïcidale gedachten en intenties wel blijft uiten, maar naasten hier steeds minder gehoor aan geven. De noodkreet van de patiënt verliest zijn kracht, wat het risico op een fatale suïcidepoging kan vergroten.

Soms melden patiënten dat ze niet of nauwelijks over enig netwerk beschikken dat hen ondersteuning kan bieden. In zo'n geval is het van belang de nog wel aanwezige relaties goed in beeld te brengen. Verpleegkundigen kunnen met de patiënt inventariseren welke stappen hij kan ondernemen om bestaande contacten te behouden en te versterken. Gesprekken met beschikbare naasten zijn belangrijk om de bestaande verhoudingen tussen hen en de suïcidale patiënt in beeld te krijgen en zo mogelijk te versterken. Hierdoor kan de steun voor de patiënt worden vergroot. Zoals aangegeven kunnen deze gesprekken plaatsvinden binnen ongestructureerde contacten, zoals het bezoeken, maar ook binnen meer formele therapieonderdelen, zoals systeemgesprekken. Naasten maken door hun deelname aan systeemgesprekken duidelijk dat ze de patiënt belangrijk en waardevol vinden. De patiënt kan dit als zeer steunend ervaren. Daarnaast is het zo, dat het delen van persoonlijke en soms intieme informatie binnen systeemgesprekken in veel gevallen een ervaring is, die verbindend werkt¹⁰.

In systeemgesprekken verdienen verpleegkundigen een vaste plek vanuit hun focus op het dagelijks functioneren van de patiënt in zijn sociale omgeving. Verpleegkundigen zijn ook degenen die het meeste 'face to face' contact met de patiënt hebben en dikwijls ook al voor de naasten een vertrouwd gezicht hebben. De verpleegkundige aanwezigheid bij een systeemgesprek kan ook de aanleiding vormen voor aanvullende, doelgerichte observaties van de wijze waarop het systeem bij de patiënt betrokken is. Deze observaties vormen het uitgangspunt voor interventies gericht op vergroting van de sociale ondersteuning van de patiënt.

Het vergroten van veiligheid voor de suïcidale patiënt door naasten te betrekken

Een patiënt met suïcidale gedachten en intenties kan een gevaar voor zichzelf vormen. Daarom dienen naasten goed geïnformeerd te zijn over symptomen en signalen

die passen bij suïcidale problematiek. Verpleegkundigen kunnen met naasten samenwerken om de veiligheid voor de patiënt te vergroten. Met naasten kunnen verpleegkundigen nagaan of er voor de patiënt medicijnen, gevaarlijke stoffen, drugs, alcohol of andere middelen (zoals touw en wapens) in huis zijn, die het risico op een geslaagde suïcide verhogen. Aandacht hiervoor is in het bijzonder van belang in perioden van verlof of ontslag. Verloven en de periodes kort na ontslag behoren tot de meer risicovolle periodes. Verpleegkundigen kunnen in overleg met naasten ervoor zorgen dat er afspraken gemaakt worden over het halen en brengen van de patiënt van en naar de afdeling, over de duur van het verlof en of de patiënt tijdens dit verlof alleen kan zijn. Voorts kunnen verpleegkundigen bewerkstelligen dat naasten er attent op zijn, dat de patiënt op nazorgafspraken verschijnt. Op deze wijze ondersteunen zij de therapietrouw van de patiënt. Het is belangrijk dat de patiënt ervaart dat de veiligheidsmaatregelen genomen worden uit betrokkenheid en zorg. Gevoelens van waardeeloosheid die vaak zo kenmerkend zijn voor suïcidale patiënten, kunnen verminderen wanneer de patiënt ervaart dat naasten zich oprecht om hem bekommeren.

Kanttekeningen

Ten slotte nog enkele kanttekeningen bij het betrekken van naasten. De betrokkenheid van naasten kan in bepaalde gevallen ook een negatieve invloed hebben op de suïcidaliteit van de patiënt, bijvoorbeeld in geval van vroeger of huidig misbruik of mishandeling. In dergelijke gevallen wordt het doorgaans als een contra-indicatie gezien om deze mensen zeer actief bij de zorg voor de suïcidale patiënt te betrekken. De patiënt kan ook bewust proberen bepaalde systeemleden buiten beeld te houden, omdat hij verwacht dat deze naasten ongunstige informatie zouden kunnen verstrekken over bijvoorbeeld druggebruik, schulden of vreemdgaan. Juist dan kan het belangrijk zijn deze betrokkenen aan tafel te krijgen, omdat anders belangrijke oorzaken van de suïcidaliteit onbesproken kunnen blijven.

De vraag dient zich aan hoe te handelen, als een patiënt absoluut niet wil dat er naasten bij de behandeling betrokken worden, terwijl het voor de behandeling wel van belang wordt geacht. In het onlangs verschenen 'Handboek suïcidaal gedrag' is de volgende vuistregel te vinden: "Goed hulpverlenerschap gaat boven privacy-wetgeving en het recht op autonomie"¹⁰.

In de praktijk is het niet altijd even eenvoudig om hierin een goede afweging te maken. Het is niet altijd goed uit te maken wat in een specifieke situatie 'goed hulpverlenerschap' is. En wetgeving wordt door hulpverleners bepaald niet als vrijblijvend ervaren. Het bevorderen van autonomie wordt belangrijk gevonden door hulpverleners, mede om onnodige afhankelijkheid van patiënten te vermijden. Het ingaan tegen het recht op autonomie kan de samenwerkingsrelatie met de patiënt weer ernstig aantasten. De afwegingen en besluitvorming

kunnen zo erg complex zijn. Wanneer het toestandsbeeld van de suïcidale patiënt het toelaat, zal de nadruk moeten liggen op motiverende gesprekken met de patiënt om naasten bij de behandeling te mogen betrekken. Wanneer het gevaar voor de patiënt echter als ernstig wordt ingeschat en het betrekken van naasten als noodzakelijk wordt gezien om dit gevaar af te wenden, zal de eerder genoemde vuistregel gevolgd moeten worden. De praktijk wijst uit dat bij een weloverwogen handelwijze waarbij beschikbare richtlijnen worden gevolgd, en waarbij tevens voldoende overleg gepleegd wordt met ter zake kundige collega's, zich zelden tuchtrechtelijke problemen voordoen. Dit neemt niet weg dat door tegen de wens van de patiënt in te gaan de behandelrelatie verstoord kan worden. Heldere informatie aan de patiënt over de beweegredenen van de hulpverlener, evenals een uitvoerige evaluatie van de situatie achteraf, kunnen het herstel van de relatie bevorderen.

Conclusie

In dit artikel is nagegaan op welke wijze psychiatrisch verpleegkundigen naasten gericht bij de zorg voor de suïcidale patiënt kunnen betrekken. De naasten hebben zelf zorg nodig, maar kunnen ook substantieel bijdragen aan de zorg voor de suïcidale patiënt. Een groot probleem is het sociale en emotionele isolement waar de suïcidale patiënt vaak in terecht gekomen is. Door tijdens de behandeling te investeren in bestaande en nieuwe relaties met anderen, wordt bijgedragen aan het doorbreken van dit isolement. Naasten vormen naar ons idee een onmisbare schakel om de patiënt weer gevoelens van verbondenheid te geven en om gevoelens van leegte, isolement en zinloosheid te doen afnemen. Wij concluderen dat psychiatrisch verpleegkundigen op dit vlak een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Door naasten als ervaringsdeskundigen te erkennen, door hen te steunen en te mobiliseren in de behandeling, en door naasten te betrekken bij het vergroten van de veiligheid van de patiënt kan bijgedragen worden aan een betere kwaliteit van zorg voor de suïcidale patiënt.

F. Boom, verpleegkundig specialist i.o., Zon & Schild

B.K.G. van Meijel, verpleegkundige en lector GGZ-verpleegkunde bij de Hogeschool Inholland/Institute for Advanced Studies and Applied Research (ASAR) te Amsterdam

W. Wesselink, verpleegkundige en verplegingswetenschapper, opleider verpleegkundig specialist, Symfora groep

B. Stringer, verpleegkundige en verplegingswetenschapper, werkzaam bij de stichting Buitenamstel Geestgronden en lid van het lectoraat GGZ-verpleegkunde bij de Hogeschool Inholland

Dit artikel werd gepubliceerd in *Psychopraxis* (2008), 10, 2, pp. 70-74.

Literatuur

1. McCloskey & JC Bulechek GM (1998). Verpleegkundige interventies. *Elsevier/ De Tijdstroom, Maarsse*.
2. Marquet RL ea (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983 – 2003, *Biomed central family practice*, 6-45.
3. Kerkhof AJFM (2007). De psychologie van suïcide en suïcidepogingen. In: van Heeringen C (red.) Handboek suïcidaal gedrag. *De Tijdstroom, Utrecht*.
4. Ten Have M ea (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen*. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Trimbos-instituut, Utrecht.
5. Kerfoot ea (1997). Brief family intervention in adolescents who deliberately self-harm. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90: (sept) 484-487.
6. Neeleman J & de Groot MH (2006). Suïcidaliteit – een stoornis die specialismen overstijgt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48 (7), 533-543.
7. Hulzebos B & Bakker B (2004). *Loden last, Het taboe rond zelfmoord*. Uitgeverij Contact, Amsterdam/Antwerpen
8. Bijma M (2007). *Samen Sterk*. Minder dwang door samenwerking met systeemleden In: Voogt A ea (red.) Praxis, Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist. Stichting GGZ VS, Utrecht.
9. Gliatto MF & Rai AK (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *A Family Physician*, 59 (6): 1500-1506.
10. Oenen FJ ea (2007). *Spoedeisende ambulante hulp bij suïcidepogingen en levenstwijfel*. In: van Heeringen C (red.) Handboek suïcidaal gedrag. De Tijdstroom, Utrecht.

REFERAAT

door Fleur van der Torn en Annelies Bovenhoff

Het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten bij diagnostiek van ASS: ADOS en ADI-R

Het onderkennen van autisme spectrum stoornissen (ASS) is soms complex door de diversiteit binnen het spectrum. Toenemend worden gestandaardiseerde instrumenten ingezet bij diagnostiek van ASS, in de lijn van evidence based werken. Le Couteur et al (2008) rapporteren onderzoek naar vergelijking van twee instrumenten, namelijk de Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) en de Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R) in de diagnostiek van ASS bij jonge kinderen. De ADOS is een gestandaardiseerd observatie-instrument voor kinderen, adolescenten en volwassenen met vermoeden van ASS. De ADOS bestaat uit gestandaardiseerde situaties waarin sociaal, communicatief, spel-of stereotype gedrag wordt uitgelokt. De ADI-R is een diagnostisch interview met ouders/verzorgers voor autisme, gericht op ontwikkelingsgeschiedenis en huidig gedrag, gebaseerd op de DSM-IV en ICD-10.

Methode

De onderzochte groep bestaat uit 101 kinderen van 24-49 maanden, waarvan 49 kinderen gediagnosticeerd met autisme, 28 met PDD en 24 kinderen met spraaktaalproblemen maar zonder communicatieve problemen. Het betreft een 'best-estimate' diagnose op basis van klinisch oordeel, ADOS en ADI-R. Getrainde onderzoekers namen in de thuis situatie een ADOS en ADI-R af. Correlaties werden berekend tussen de scores op ADOS, ADI-R op verschillende domeinen. Ook overeenstemming tussen de totaalscore van ADOS en ADI-R op autisme werd berekend. Tenslotte werd de overeenstemming tussen de twee instrumenten gerelateerd aan de drie categorieën volgens de 'best-estimate' diagnose.

Resultaten

De onderzoeksresultaten wijzen op goede overeenstemming tussen de ADI-R en de ADOS bij jonge kinderen wat betreft de kerndiagnose autisme (67%), vergelijkbaar met eerdere resultaten bij basisschoolkinderen. De correlatie tussen de twee instrumenten is het hoogst voor

het domein 'sociale interactie'.

Ook voor de groep kinderen zonder diagnose blijkt een hoge mate van overeenstemming en zoals te verwachten was deze het laagst voor de groep PDD-ers. Verder blijken de instrumenten een complementaire bijdrage aan de diagnostiek te leveren en bevestigen het belang van multidisciplinaire diagnostiek waarbij gebruik gemaakt wordt van informatie uit meerdere bronnen en settings. Tenslotte blijkt de aanwezigheid van repetitief gedrag tijdens de ADOS diagnostisch onderscheidend.

Discussie

De auteurs concluderen dat, ondanks de tijdsinvestering, deze instrumenten goede mogelijkheden bieden voor klinisch gebruik vanwege de systematische en te operationaliseren wijze van het verzamelen van klinisch relevante informatie. Dit sluit aan bij de recent uitgekomen richtlijn ASS bij kinderen en jongeren, waarin geadviseerd wordt de ADOS en ADI-R na screening in te zetten indien uitgebreider onderzoek naar ASS nodig is. Hoewel klinisch oordeel soms volstaat en gestandaardiseerde

instrumenten het klinisch onderzoek niet kunnen vervangen, kunnen ze ons inziens een zinvolle bijdrage leveren aan de diagnostiek wanneer deze niet eenduidig is. Bovendien levert het opleiden van onderzoekers in de afname en scoring van deze instrumenten een bijdrage aan deskundigheidsbevordering en opleidingsklimaat ten aanzien van ASS.

F. van der Torn, GZ-psycholoog in opleiding tot specialist, Fornhese Almere

A.H. Bovenhoff, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Fornhese Almere

Literatuur

- Le Couteur, A. e.a. (2008). Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Pre-school Children Using Two Standardised Assessment Instruments; The ADI-R and the ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 362-372.
- Schothorst, P.F., van Engeland, H., Van der Gaag, R.J. e.a. (2008). Richtlijn autisme en aanverwante contactstoornissen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

De effectiviteit van de VERS-training voor ambulante patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Inleiding

De VERS (vaardigheidstraining emotie regulatie stoornis) is gebaseerd op de in Amerika door Nancee Blum ontwikkelde STEPPS, systems training for emotional predictability and problem solving, een groepstraining voor ambulante patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De training werd in 1998 in Nederland geïntroduceerd en inmiddels zijn er 500 trainers opgeleid. Binnen de Rembrandthof, onderdeel van de Symfora groep, is de vraag naar deelname aan een VERS-training de laatste jaren explosief gestegen. Maar hoe effectief is de VERS-training?

Methode

In het onderzoek van Blum, St. John e.a. (2008) worden ambulante patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis at random toegewezen aan STEPPS naast hun reguliere behandeling, treatment as usual (TAU) óf alleen TAU. De totale score op de Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder werd als primaire maat genomen. Andere uitkomsten die werden vergeleken waren: globaal functioneren, depressie, impulsiviteit, sociaal functioneren, gebruik van voorzieningen bij crisis, suïcidepogingen en automutilatie. De patiënten werden na een basismeting onderzocht in week 4, 8, 12, 16 en 20. Nametingen werden verricht na 1, 3, 6, 9 en 12 maanden. Bij de statistische analyse werd gebruik gemaakt van een lineair mixed-effect model. De STEPPS/VERS-training bestaat

uit 20 wekelijkse bijeenkomsten van 2 tot 2,5 uur waarbij een gedetailleerd lesprogramma wordt gevolgd. De training is gericht op het aanleren van vaardigheden om intense emoties en onaangepast gedrag te reguleren. Het steunsysteem van de patiënt wordt geïnstrueerd wat een borderline persoonlijkheidsstoornis inhoudt en hoe men daar zo goed mogelijk op kan reageren. Bij de deelnemers wordt erop aangedrongen zoveel mogelijk lesmateriaal uit te wisselen met leden van hun steungroep. Voor de steungroepleden worden één of twee steungroepavonden georganiseerd. 165 Individuen werden at random toegewezen aan de STEPPS + TAU groep en 125 aan de TAU groep. De groepen waren demografisch en klinisch vergelijkbaar. In beide groepen was de uitval groot; na 20 weken volbracht 69% STEPPS + TAU en 86% TAU.

Resultaten

De STEPPS + TAU blijkt superieur aan TAU wat betreft depressie, globaal functioneren en ziektespecifieke factoren zoals impulsiviteit en negatieve affectiviteit. In beide groepen namen medicatiegebruik en het aantal opnames af maar was het verschil niet significant. Er werd geen bewijs gevonden voor afname van het aantal suïcidepogingen en automutilatie. De behaalde resultaten werden grotendeels teruggevonden bij de follow-up meting, na één jaar. De onderzoeksgegevens maken duidelijk dat een relatief kort aanvullend programma zoals

de VERS, de kwaliteit van leven aanzienlijk kan verbeteren. Patiënten begrijpen hun stoornis beter en maken meer gebruik van copingvaardigheden. Het bevordert bovendien de sociale ondersteuning, de hoop op verbetering en de verbondenheid met hun behandelaar.

Discussie

Voorzichtigheid is geboden om de onderzoeksbevindingen van het STEPPS onderzoek in zijn geheel toe te schrijven aan de VERS-training. In de Amerikaanse opzet wordt het systeem veel intensiever bij de behandeling betrokken, zo mogen steungroepleden deelnemen aan de cursusbijeenkomsten. Binnen de Symfora groep is daarvan afgezien.

E.R. Smit, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Rembrandthof
S.B. Willems, psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog, Rembrandthof

Literatuur

Blum, N., St John, D. et al (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.

CONGRES

door Monique Kerstholt, Willemijn Schep, Jaap Segaar en Jole Willemse

‘What’s new?!’

Studiemiddag gedragswetenschappers en psychotherapeuten

Op 4 november 2008 vond, in samenwerking met Psychiatrie in Progressie, de vierde studiemiddag voor gedragswetenschappers en psychotherapeuten van de Symfora groep plaats. In de prachtig lichte Regenboogkerk, gelegen naast de Rembrandthof, werden wij welkom geheten door Lidwien Geertjens namens de voorzitters van de vakgroepen gedragswetenschappen en psychotherapie. Het thema voor deze middag, ‘What’s new?!’ werd door vier collegae in workshops uit de doeken gedaan. Maar eerst was er een inleiding door Jos van Manen, directeur Oostelijk Utrecht en klinisch psycholoog. Jos stond daar naar eigen zeggen nadrukkelijk als klinisch psycholoog en schetste de ontwikkelingen van de laatste tijd aan de hand van diverse boeken over ons vak die hij tijdens zijn vakantie had gelezen. Hij preeft psychologen die positie durven innemen, boeken schrijven en daarmee maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Ook ging hij kort in op de positie van de gezondheidspsycholoog en klinisch (neuro)psycholoog. De



Paul Schnabel

GZ-psycholoog heeft inmiddels een stevige positie verworven, maar die van de klinisch (neuro)psycholoog is nog wat diffuus. Vaak werken zij als psychotherapeut, maar Jos ziet ze ook graag op opname-afdelingen en als behandelcoördinator. Dit om overzicht te houden over zowel de behandeling als ook het behandelteam, bijvoorbeeld wanneer er overdrachtsfenomenen spelen. Hij gaf aan daarvoor eventueel zelfs zijn positie als directeur te willen inzetten. Vervolgens was het tijd voor de diverse workshops. Tilly Koolstra, klinisch psycholoog-psychotherapeut, gaf een workshop over de toepassingsmogelijkheden van EMDR. Er was grote belangstelling voor de workshop van Tilly Koolstra, die binnen enkele minuten de volle zaal ertoe wist te bewegen zich terug te trekken op zonnige stranden, onbewoonde eilanden, zachte banken in huiskamer, oftewel de ‘veilige plek’. De groep onderging twee oefeningen die toegepast kunnen worden in de behandeling (ondermeer gericht op stabilisatie). Bij beide oefeningen werd gebruik gemaakt van de zogenaamde ‘butterfly hug’ terwijl de ‘veilige plek’ in gedachten wordt opgeroepen klop je jezelf met gekruiste armen op de schouders. Vervolgens werd op heldere wijze uitgelegd hoe EMDR toegepast wordt. Naast theoretische informatie over EMDR, was er videomateriaal van een behandeling bij een enkelvoudig trauma en een specifieke fobie. In de videofragmenten kwam duidelijk naar voren hoe de negatieve invloed van eerder opgedane herinneringen kan worden gecorrigeerd. Met name de praktische insteek van de workshop was boeiend. Door



Lidwien Geertjens

illustratieve voorbeelden en tips kreeg je als behandelaar goed zicht op deze behandelmethode. Het was leerzaam om te horen dat EMDR (met een aangepast protocol) toepasbaar is bij veel cliënten, bijvoorbeeld ook bij kinderen en minder begaafden. Het wordt niet alleen toegepast bij PTSS, maar onder andere ook bij eetstoornissen, pijnklachten en fobieën. De effecten hiervan zijn over het algemeen wel wat minder goed onderzocht. Door deze workshop werd duidelijk dat EMDR voor een brede doelgroep inzetbaar is en dat de techniek gebruikt kan worden bij veel soorten problematiek. Ben Steultjens, GZ-psycholoog-psychotherapeut, hoofdbehandelaar bij Prins Hendriksoord en tevens werkzaam bij Meerkanten, hield een inleiding over mindfulness en hoe dit in te passen in bestaande behandelingen. Mindfulness of aandachtgerichtheid houdt in dat je ‘aandacht geeft op een bijzondere manier: doelbewust, op het moment zelf en niet oordelend’. Het doel is om je bewust te worden van automatische reactiepatronen op gebeurtenissen of gedachten en meer te gaan

reageren vanuit een bewuste keuze. Steultjens liet de DVD: 'Healing from within' zien waarin de grondlegger van de mindfulness, John Kabat-Zinn, zelf aan het werk is. De patiënten in de video leden voornamelijk aan chronische lichamelijke klachten, zoals kanker, longziekten of hart- en vaataandoeningen.

Duidelijk werd dat het veel oefening vergt om bewust stil te staan bij de huidige ervaring en deze te beschouwen met een nieuwsgierige en accepterende houding. Hiervoor zijn een aantal technieken beschreven, waarvan wij er in de workshop zelf één hebben ervaren: 'zitten als je ergens mee zit'. Deze simpel lijkende opdracht bleek moeilijker dan gedacht; gedachten vliegen al snel alle kanten op en het valt niet mee om gefocust te blijven. Mindfulness werkt vooral via de 'a-specifieke' factoren van therapie: empathie en acceptatie. Tegelijkertijd heeft het veel raakvlakken met elementen uit de gedragstherapie, namelijk als methode voor exposure, deconditionering en impulscontrole. Een verschil met cognitieve gedragstherapie is dat het gedachten niet uitdaagt, maar ze juist laat zijn zoals ze zijn.

Steultjens past de therapie zowel individueel als in groepsverband toe. Mindfulness is toepasbaar bij een brede categorie patiënten, al is er nog niet bij alle stoornissen onderzoek gedaan. In PHO is er eenmaal per week een groepssessie en bij Meerkanten past hij het onder andere toe bij patiënten met angst- en stemmingsstoornissen, bij stemmenhoorders en in aangepaste vorm bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Borderlinepatiënten kunnen aan de therapie deelnemen nadat zij het Linehan programma hebben gevolgd.

In de workshop 'ROM in de Symfora' vertelde Fennie Zwanepol over de ontwikkeling van een Routine Outcome Monitoring systeem waarmee ze sinds 2003 in Almere ervaring opdoen. Routine Outcome Monitoring betreft het 'systematisch en op gezette tijden inventariseren en evalueren van klachten en problemen

als hulpmiddel bij het opstellen en aanpassen van het behandelplan of behandelprogramma.' In de praktijk betekent dit dat een patiënt in de loop van zijn of haar behandeling op meerdere tijdstippen – bijvoorbeeld voorafgaand aan een behandelbespreking – een standaardbatterij aan testen invult (eventueel aangevuld met stoornisspecifieke lijsten) waarmee de voortgang van de behandeling kan worden geobjectiveerd. De geselecteerde testen hebben tot doel het functioneren van patiënt op meerdere gebieden in kaart te brengen. De uitslag van deze testen wordt in de Meregwaard door medewerkers van de afdeling psychodiagnostiek verwerkt tot een kort verslag en dient als gespreksstof tijdens behandelbesprekingen en in gesprek met de patiënt.

Waar het project in Almere kleinschalig begon en zich aanvankelijk beperkte tot een pilot bij patiënten van het behandelprogramma Stemming- en Angststoornissen is het op dit moment uitgegroeid tot een project dat alle patiënten en alle behandelprogramma's van de Meregwaard omvat. De bedoeling is dat ROM binnen afzienbare tijd een plek zal krijgen in alle afdelingen van de Symfora groep en Meerkanten. De spreekster maakte duidelijk dat het geen eenvoudige klus is om zo'n complex project – zowel technisch als logistiek – van de grond te tillen en dat deze manier van systematisch monitoren van de behandeling staat of valt bij een zorgvuldige implementatie in het behandelproces zelf. In plaats van dat behandelaren 'het Rommen' zien als een exotisch project van een exotische afdeling is het belangrijk dat de ROM een geïntegreerd onderdeel van het behandelproces wordt waar zowel behandelaren als patiënten hun voordeel mee kunnen doen. De spreekster pleitte dan ook voor een nauwe samenwerking en 'korte lijnen' tussen de behandelaren van een behandelprogramma en de afdeling psychodiagnostiek/ROM-afdeling. Roos van Oort, klinisch neuropsycholoog/gedragstherapeut hield een inleiding onder de titel 'Alcohol in de

GGZ; wat moeten we ermee?'. Ook dit was ongetwijfeld een boeiende workshop, maar helaas is hiervan geen verslag. Daarom stem ik van harte in met de suggestie van Lidwien Geertjens om de diverse sprekers ook eens uit te nodigen bij de vakgroepvergaderingen.

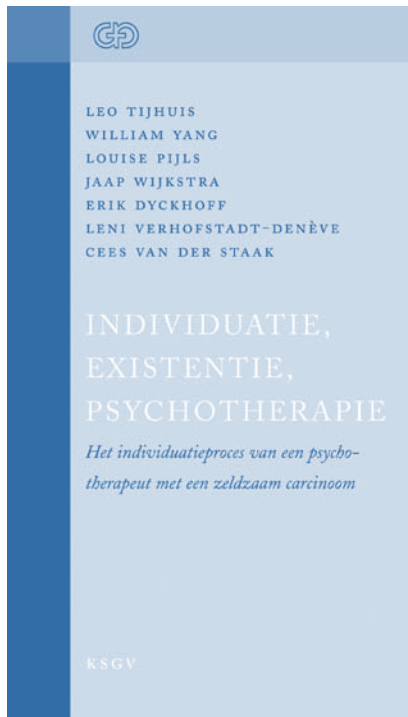
Na de ruime pauze waarin er volop gelegenheid was om met diverse collegae te spreken, was alle aandacht voor prof. dr. Paul Schnabel, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau en werkzaam aan de Universiteit Utrecht. Zijn lezing had de titel: 'Maakt de GGZ Nederland gelukkiger?'. Het antwoord gaf hij ook al direct: "Nee", maar het uitleggen is wat lastiger. Zoals we van hem mogen verwachten was het een lezing vol met cijfers en getallen, maar dankzij de boeiende verteltrant van Schnabel en zijn onderkoelde humor was het allerminst droog. Schnabel leidde ons voor een uitleg over het Bruto Nationaal Geluk via de verschillen tussen de seksen, landen en inkomensverschillen naar de 'Big Seven of Happiness'. Naar de relatie tussen geluk en de GGZ is weinig onderzoek gedaan. De GGZ heeft zich historisch gezien niet gericht op het nastreven van geluk. Vanaf de 18e eeuw tot heden ging de aandacht uit naar respectievelijk gedrag (18e eeuw), gevoel (19e eeuw), groep (20e eeuw), groei (jaren '60) en dan nu geluk(?). Geluk blijft echter een lastig te operationaliseren en daarmee lastig te meten begrip. Desondanks werd mij duidelijk dat wij misschien wel massaal naar het noorden moeten verhuizen, want Drenthen en Denen zijn toch nét ietsje gelukkiger dan wij.

M.N.C. Kerstholt, psycholoog, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen, Oostelijk Utrecht
J.A. Segaar, gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen, Oostelijk Utrecht
W.N. Schep, psycholoog, Rembrandthof
J. Willemse, psycholoog, de Meregwaard

door Lidwien Geertjens

De gewonde genezer

Leo Tijhuis e.a. *Individuatie, existentie, psychotherapie Het individuatieproces van een psychotherapeut met een zeldzaam carcinoom* KSGV Tilburg 2008 148 pg. Isbn 978-90-75886-36-8



Yalom, psychiater-groepspsychotherapeut en auteur van zowel gerenommeerde handboeken als spraakmakende romans, schreef enkele jaren geleden de Schopenhauer-kuur. Op fascinerende wijze verhaalt hij daarin over een groepstherapeut die hoort dat hij een dodelijke ziekte heeft. Zijn kennis over groepsprocessen, overdracht en tegenoverdracht klinkt tussen de regels door, terwijl de plot je meeneemt in het spannende proces van een therapeut die weet dat hij gaat overlijden en patiënten die beseffen dat hun groepstherapie wellicht eerder afgebroken zal worden dan zij verwacht en gehoopt hadden. In de vakliteratuur is over dit onderwerp weinig geschreven. Kortgeleden verscheen er echter een bundel met een aantal essays.

Initiator van deze bundel was Leo Tijhuis, een zeer ervaren kinder- en jeugd(groeps)psychotherapeut die veel publiceerde. 'Was' want op 3 maart 2006 overleed Leo Tijhuis aan een zeldzame vorm van kanker. Tijhuis was in de laatste fase van zijn promotie-onderzoek naar het individuatieproces van adolescenten in relatie tot groepstherapie met leeftijdgenoten, een onderwerp waar hij enthousiast over kon vertellen en doceren (dit laatste onder andere aan medewerkers van Fornhese). Toen hij besepte dat hem geen tijd meer bleef om zijn dissertatie te voltooien, verzette hij de bakens en begon te schrijven over het individuatieproces van een psychotherapeut die plotseling zeer ernstig ziek wordt. Als twee 'beschermengelen' luiden zijn twee promotoren, prof. dr. Leni Verhofstad-Denève en prof. dr. Cees van der Staak, het boek in en uit. Volgens laatstgenoemde leveren de met voortvarendheid en passie geschreven artikelen van Tijhuis een bijdrage aan onze kennis over de 'wounded healer', de gewonde genezer die zijn eigen lijden betreft bij de bestrijding van het lijden van anderen.

Het open, heldere en realistische artikel dat van Tijhuis' hand verscheen in 2005 in het Tijdschrift voor Psychotherapie wordt hier herdrukt. Na het bericht van zijn kwaadaardige kanker, een intensieve behandeling, een periode van verbetering en opnieuw een behandeling, hoort hij dat zijn dagen geteld zijn. Willen leven, willen zijn, ziet hij als de kern van de individuatie in de menselijke ontwikkeling. Hij noemt dit de existentiële dimensie. Zieke en individuatie komen hierin bij elkaar. Als persoon

én als professional beschrijft hij de vragen waarvoor dit hem stelt: wat zeg ik tegen mijn patiëntjes over mijn ziekte en levensperspectief? Hoe neem ik afscheid? Hoe ga ik om met het afnemen van mijn fysieke krachten? Wie ben ik, kan ik en wil ik zijn? William Yang, theoloog en therapeut, bespreekt vervolgens het artikel van Tijhuis en belicht vooral de spirituele dimensie van de confrontatie van de eigen eindigheid.

Louise Pijls, pseudoniem van een psychotherapeute die zelf borstkanker kreeg, vertelt in concrete bewoordingen wat haar overkwam en haar bezighield toen ook zij ernstig ziek werd. Wanneer zeg ik iets tegen mijn patiënten, hoe wordt mijn positie ten aanzien van collega's? Het is schrijnend om te lezen hoe slecht leidinggevend, ook in de gezondheidszorg, om kunnen gaan met medewerkers die ziek worden. Een ervaring die niet op zichzelf staat; er zijn immers meer voorbeelden van professionals die onheus en kwetsend bejegend worden, als ze na het bericht van hun ziekte, de onzekerheid en de onvoorspelbaarheid van het leven gaan verpersoonlijken.

Jaap Wijkstra, psychiater, schreef een behartenswaardige bijdrage over de existentiële dimensie als vierde dimensie naast de biologische, psychologische en sociale dimensie in psychiatrische behandelingen. Deze vierde dimensie geeft de beslissingen die de patiënt neemt richting en de behandelaar zal zich moeten realiseren dat zijn evidence-based adviezen alleen geëffectueerd zullen worden als ze niet in strijd zijn met deze dimensie. Existentiële vragen moeten daarom



COLUMN

door Pepijn Steures

“Ik geef de pen door...”

Leven en dood: de afscheidsrituelen van Tana Toraja

niet bij voorbaat als symptoom van de ziekte beschouwd worden. Ook Tjihuis signaleert in zijn tweede bijdrage de hedendaagse ‘verleiding om menselijke problemen te gaan zien als problemen die met inzet van wetenschappelijke kennis en technologische middelen uit de wereld geholpen kunnen worden’ (pagina 110). Geloof in, maar zeker ook reflectie op de eigen kunde en kracht maakt ons tot een ‘goed-genoeg-psychotherapeut’. Dit brengt met zich mee dat wij ons niet moeten afsluiten voor complexiteit en ambiguïteit in de beroepsuitoefening. Al in de opleiding zou dit onderwezen moeten worden.

In zijn slotgedachten refereert Tjihuis aan het ontroerende boekje dat voor iedereen die, thuis of privé, met volwassenen of met kinderen, te maken krijgt met de dood een ‘must’ is: Oscar en Oma Rozerood van Eric-Emmanuel Schmitt, over een tienjarig jongetje dat jeugdanker heeft en dat vanuit zijn ziekenhuisbed in zijn laatste dagen in brieven aan ‘God’ zijn leven, ook het ongeleefde deel daarvan, zinnig geeft.

Individueel, existentieel en psychotherapie is een bundel met uiteenlopende bijdragen, die elk voor zich tot nadenken stemmen. Een boekje om steeds weer ter hand te nemen en fragmenten eruit te lezen.

L.J.J.M. Geertjens, klinisch psycholoog-psychotherapeut en P-opleider, Fornsese

Literatuur

Schmitt, E.M. (2004). *Oscar en Oma Rozerood*. Atlas, Amsterdam.

Yalom, I.D. (2005). *De Schopenhauer-kuur*. Balans, Amsterdam.

Als een dierbare, een familielid, of een vriend overlijdt ontkomen we er niet aan om afscheid te nemen. Een ieder beleeft het afscheid op zijn eigen manier en geeft er op een eigen wijze vorm aan. Tradities en gewoontes bieden ons houvast en familie en vrienden bieden ons steun. Als ik kijk hoe ik afscheid vormgeef, ontkom ik niet aan de indruk dat ik vaak snel weer opgeslokt wordt door het dagelijkse leven. Alsof de dood en het leven niet met elkaar verbonden mogen of kunnen zijn en binnen onze Westerse cultuur kunstmatig van elkaar gescheiden blijven. Deze indruk werd versterkt door mijn bezoek aan Tana Toraja.

Tana Toraja ligt in de bergen 300 km ten noorden van Makassar in het zuiden van Sulawesi, Indonesië. Het is een prachtig groen en heuvelachtig natuurgebied met mooie vergezichten. Ingesloten tussen de bergen, geïsoleerd van de rest van Sulawesi, heeft Tana Toraja ondanks de kolonisatie door de Nederlanders, zijn eigen tradities en gewoontes vast weten te houden. De meeste Torajanen (‘mensen van de bergen’) zijn protestant. De autochtone religie wordt ‘Aluk To Dodo’ genoemd, wat zoveel betekent als ‘geloof van de ouderen’ of ‘rituelen van de voorouders’. Religie, vooroudercultus, mythologie en rituelen zijn met elkaar vervlochten in ceremonies, die de origine van de stam, de geschiedenis van de voorouders en het eren van de overledenen centraal stellen. Dat de dood een centrale rol in het dagelijkse leven van de Torajanen speelt, is een understatement als je beseft dat de begrafenisceremonies de sociale structuur en de sociale kalender

bepalen van Tana Toraja. Het afscheid van de overledenen wordt vormgegeven tijdens indrukwekkende ceremonies waarvan familie en de hele gemeenschap van een dorp deelgenoot zijn. De voorbereidingen voor een begrafenisceremonie kunnen jaren in beslag nemen. Er dient geld ingezameld te worden om de begrafenis, die meerdere dagen kan duren, te bekostigen. Daarnaast moet er een datum worden geprikt waarop de gehele familie aanwezig kan zijn. In de tussentijd worden de lichamen, die worden geconserveerd met formaldehyde, in het huis van de directe familie bewaard, soms wel twee tot acht jaar. De overledenen worden beschouwd als zijnde ziek. Het gezin waakt over hen en er wordt voedsel naast het lichaam gezet. Over het dorp waken de ‘Tau-Tau’. Levenssechte, uit hout gesneden replica’s van de overledenen, die later worden bijgezet in het graf uitkijkend over



de rijstvelden. Zo blijven de doden lange tijd dorpsgenoten en blijven ze onderdeel uit maken van het gezinsleven. Tegen de tijd dat de begrafenis plaats zal vinden zijn alle tranen gevloeid en is de enige wens een goed vaarwel.

Het gehele ritueel bestaat uit de voorbereidingen voor de begrafenis en de ceremonie zelf en neemt meerdere dagen in beslag. De grootte van een begrafenisceremonie, het aantal bezoekers en het aantal buffels dat ritueel geslacht wordt onderstreept de status en rijkdom van de overledene en diens familie.

De familie van de overledenen zorgt voor tenminste tien buffels en varkens. Een kapitale investering, die alleen te veroorloven is voor de afzonderlijke familieleden, doordat deze gift als een wederdaad wordt beschouwd. Nadat de eerste buffels en varkens zijn geslacht, is het gezinslid volgens Torajaanse overtuiging werkelijk overleden.

De dieren die geslacht worden begeleiden de ziel naar het 'land van de zielen' waar de overledene in vrede verder leeft wakend over de kudde die hem vergezelde.

Op de tweede dag worden de gasten uit de omliggende dorpen ontvangen. Zij eren de dode met varkens of ander vee. De ceremo-

nieleider kondigt hen en hun gift luidkeels, tegenwoordig versterkt door een microfoon, aan. Toeristen worden met trots door de familie ontvangen. Van hen worden geen varkens verwacht, een slof sigaretten of een paar pakken suiker worden erg op prijs gesteld. In liederen die vergezeld worden door traditionele dans wordt het levensverhaal van de overledenen bezongen. Hoogtepunt van de tweede dag is de processie. In een lange, kleurrijke, stoet, voorafgegaan door vaandeldragers, de grootste, duurste buffels en gevolgd door familie en naasten wordt de overledene door de rijstvelden gedragen als symbool voor de reis die zijn ziel gaat maken. De overledenen worden onderweg door elkaar geschud onder gejoel van de dragers, zodat de ziel los kan komen. In de dagen die volgen vinden er buffelgevechten plaats en hanengevechten, waarvoor speciale ontheffing wordt gevraagd omdat deze gevechten op andere momenten verboden zijn.

Een begrafenis in Tana Toraja is geen treurige, maar eerder een levendige, feestelijke aangelegenheid. Een waardig en eervol afscheid draagt bij aan de waardigheid en status van de familie en het dorp, voor eeuwig gesymboliseerd in de



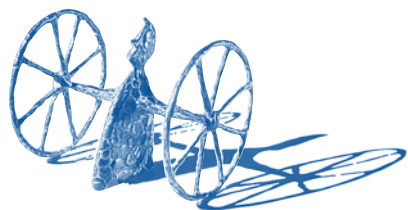
hoorns van de geslachte buffels, op het centrale huis in het dorp. Er is ruimte voor rouw, maar het gevoel van dankbaarheid overheerst. De dankbaarheid naar de overledene trof mij het meest. En als ik erover nadenk denk ik dat het deze dankbaarheid is die de dood en het verlies van een dierbare zin geeft. Als de tranen zijn gevloeid en het afscheid is gevierd waken de voorouders over het voortbestaan van de stam en zijn leven en dood met elkaar verenigd.

De pen wil ik doorgeven aan Angelien Steen.

P. Steures, psychiater, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen, Oostelijk Utrecht



CadForm



CadForm B.V.

Straatweg 236 Breukelen
Postbus 158
3620 AD Breukelen
Telefoon 0346 26 64 14
Telefax 0346 26 64 55
E-mail info@cadform.nl
Internet www.cadform.nl

Uw partner in drukwerkmanagement

Net als reclame wordt drukwerkmanagement door veel bedrijven en instellingen beschouwd als een specialisme dat beter in handen gegeven kan worden van professionals. CadForm is zo'n professional; een ervaren specialist die de grafische markt van binnen en van buiten kent en die precies weet hoe uw opdrachten in alle opzichten het meest effectief uitgevoerd kunnen worden. Eén aanspreekpunt, dat alles vlekkeloos voor u regelt.

CadForm verzorgt een breed scala, van zwart/wit A4 tot complex full colour.

- **Huisdrukwerk** (briefpapier, enveloppen, formulieren, visitekaartjes, etc.)
- **Reclamedrukwerk** (leaflets/folders/flyers, brochures, magazines, kranten, etc.)
- **Specials** (jaarverslagen, bedrijfsuitgaven, kalenders, agenda's, etc.)

CadForm volgt elk project nauwlettend van A tot Z en stuurt aan en bij waar nodig.

- **Productiebegeleiding**
- **Controle levertijden**
- **Kwaliteitsbewaking**
- **Clusterproductie**
- **Grafische afwerking**
- **Logistiek en voorraadbeheer**
- **Kostenbeheersing**
- **Managementinformatie**

Ook in de grafische wereld is de automatisering niet meer weg te denken. Zo worden in het pre-press traject digitale technieken steeds belangrijker, niet in de laatste plaats met het oog op kostenefficiency. Voor CadForm hebben deze moderne ontwikkelingen geen geheimen.

- **Digitaal bestandsbeheer**
- **Ontwerp**
- **DTP**
- **Redactionele bewerking**
- **Huisstijlbewaking**

Bel Kees van der Stok voor een vrijblijvende presentatie.

CadForm = Kiezen voor Kwaliteit