

# Iedere geschoten leeuw of beer is een heldendaad

**Utrechts psychiatisch verpleegkundige ontwerpt uniek trainingsprogramma voor verpleegkundigen die werken met angststoornispatiënten**

**Guido Machielsen (33), psychiatisch verpleegkundige in het Academisch Ziekenhuis Utrecht, ontwikkelde een trainingsprogramma speciaal bedoeld voor verpleegkundigen die werken met angststoornispatiënten. Het werken met deze categorie cliënten vereist een aantal specifieke vaardigheden waar het de verpleegkundigen aan ontbreekt, terwijl zij, aldus Machielsen, een belangrijke rol spelen in de behandeling van patiënten met een angststoornis. De verpleegkundige ontwikkelde zijn programma in het kader van zijn studie gezondheidspsychologie.**

Mathilde Bos

Iedereen is weleens bang. Bang om te falen, bang om in de steek gelaten te worden, bang om te vallen, bang voor een operatie, bang voor een valse hond, bang voor onweer. Angst heeft een waarschuwingfunctie: angst maakt je – zowel psychisch als fysiek – alert. Machielsen: "Een groot deel van de patiënten waar verpleegkundigen mee werken, zijn in meerdere of mindere mate bang. In het algemeen is deze angst echter een bijkomend verschijnsel zoals bijvoorbeeld de angst voor de uitslag van een belangrijk onderzoek." Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychiatische klachten. Het meest opvallende symptoom van deze aandoening is het optreden van irrationele heftige angst. Patiënten met deze stoornis zijn ook bang in situaties die voor de meeste mensen niet bedreigend zijn. Hun angst staat niet in verhouding tot het werkelijke gevaar. Machielsen legt uit dat hij zijn trainingsprogramma vooral richt op verpleegkundigen die op klinische afdelingen werken. Het programma is ook voor verpleegkundigen die met gedragstherapie werken of met angststoornissen. "Deze mensen tobben vaak al jaren met de angststoornis en hebben al heel wat ambulante hulp gehad voordat ze opgenomen werden.

Wanneer de angst zo veel is gaan bepalen dat iemand niet meer in staat is de gewone dagelijkse dingen uit te voeren of zelfs helemaal nergens meer toe komt, dan is klinische behandeling vaak geïndiceerd."

## Sociale fobie, agorafobie en dwanghandelingen

De angststoornis kan zich op verschillende manieren manifesteren: er zijn patiënten met een sociale fobie die allerlei sociale situaties waarin ze negatief beoordeeld zouden kunnen worden, proberen te vermijden; patiënten met een agorafobie die plaatsen vermijden, vaak uit angst daar een paniekaanval te krijgen, bijvoorbeeld massa's of juist leegte, bruggen, liften, winkels, het wachten in een rij. Er zijn ook patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis. Dit kan inhouden dat iemand allerlei dwanghandelingen moet verrichten om de angst eronder te houden. Hierbij horen patiënten met smetvrees en de daaraan gekoppelde wasdwang. Onder deze noemer horen ook mensen met dwanggedachten, dit zijn nogal eens agressieve of seksueel getinte gedachten. De obsessieve-compulsieve stoornis staat op nummer vier in de lijst van meest

voorkomende psychiatische diagnoses (gesteld volgens de criteria van het classificatiesysteem DSM IV – De Vierde Editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (zie kader).

Machielsen legt uit dat angststoornispatiënten met elkaar gemeen hebben dat ze systematisch angst proberen te vermijden. Ze proberen de angst niet te voelen. De cliënt kiest daarbij voor een korte-termijn oplossing: het vermijden van de situatie of het uitvoeren van dwanghandelingen waardoor de angst die de situatie mogelijk oproept niet gevoeld hoeft te worden. Dat werkt een tijdje maar dit gedrag heeft de neiging zich uit te breiden. Door de angstige situatie te vermijden, wordt de patiënt juist steeds angstiger. Als dit patroon zich uitbreidt, loopt de patiënt de kans uiteindelijk vast te lopen omdat de angst en de bijbehorende vermijding zo veel is gaan bepalen dat de patiënt aan gewone dagelijkse dingen niet meer toekomt.

Machielsen: "De vermijdingsstrategieën die patiënten ontwikkelen zijn soms heel bijzonder. Zo mocht een patiënt pas opstaan van zichzelf als het cijfer dat zijn wekker aanwees deelbaar was door vijf en de uitkomst van die deling een priemgetal opleverde. Een andere patiënt, die een hond had maar de deur niet uitdurfde, had een lang touw aangeschaft. Zij bleef zelf om de hoek van de deur staan terwijl de hond aan het lange touw naar buiten werd gelaten."

"Angststoornispatiënten zien zichzelf niet in staat angst te verdragen. Dit lijkt overigens niet beperkt te zijn tot angst alleen. Veel van deze patiënten vermijden ook andere onaangename gevoelens, zoals verdriet of onlust. Binnen de behandeling staat het leren omgaan met de angst centraal. Angststoornispatiënten hebben gedurende hun leven een korte termijn strategie ontwikkeld om op één

Angststoornispatiënten vermijden vaak plaatsen uit angst een paniekaanval te krijgen.

Foto's: Hans Oorstrum

bepaalde manier met angst om te gaan: die proberen te vermijden. Dit patroon wordt in de behandeling doorbroken."

Gedragstherapie is de aangewezen therapie voor angststoornispatiënten. Wetenschappelijk is bewezen dat dit de meest effectieve aanpak is. In combinatie met de gedragstherapie wordt er steeds meer gebruik gemaakt van *cognitieve therapie*. Waar de exposure het oefenen centraal stelt, richt de cognitieve therapie zich op de gedachten/cognities. Dit is goed te combineren binnen de behandeling. Het oefenen bestaat eruit dat de patiënt situaties die hij geneigd is te vermijden omdat ze angst oproepen, juist opzoekt. Dit noemt men exposure. De gedrags-therapie kan ondersteund worden met medicatie, vaak uit de groep van de antidepressiva.

Machielsen: "Binnen de gedragstherapie op onze afdeling heeft de verpleegkundige een centrale rol. Wat de toepassing van gedragstherapeutische procedures betreft, werkt hij onder supervisie van de gedragstherapeut. De verpleegkundige inventariseert samen met de patiënt de klachten. De gedragstherapeut stelt de diagnose en maakt een behandelplan. De verpleegkundige stelt naar aanleiding hiervan met de patiënt een oefenplan op. Ook is het de verpleegkundige die met de patiënt oefent en/of de patiënt op afstand daarbij ondersteunt." De psychiatrisch verpleegkundige benadrukt dat het de bedoeling is dat de cliënt steeds meer zijn of haar eigen therapeut wordt gedurende de behandeling. De behandeling op de afdeling waar Machielsen werkt, duurt gemiddeld zes tot negen maanden en bestaat uit de volgende drie fasen:

### Eerste fase (circa vier weken)

Gedurende de eerste fase vraagt de verpleegkundige de patiënt het hemd van het lijf omtrent de klacht. Wanneer iemand een obsessieve-compulsieve stoornis heeft, wordt precies in kaart gebracht waaruit het dwangmatig gedrag bestaat.

Dit is van belang omdat het de basis vormt voor de volgende fase in de behandeling. Voor dit in kaartbrengen bestaan twee manieren: het interviewen en observeren van de patiënt en de registratie van de klachten door de cliënt zelf. In het kader van de zelfregistratie vraagt de verpleegkundige de patiënt precies op te schrijven wat de klachten zijn. Dit kan betekenen dat de persoon gedurende een week moet bijhouden hoe vaak en wanneer hij een paniekaanval had.

Of gedurende hoe vaak gedurende een dagdeel de handen gewassen worden en hoe lang. Ook vraagt de verpleegkundige de cliënt soms om de dwanghandelingen heel nauwgezet op te schrijven, de patiënt beschrijft het eigen gedrag dan als een soort script. Machielsen benadrukt dat hij als verpleegkundige aan het eind van deze eerste behandelingsfase in staat moet zijn de patiënt en zijn gedrag exact na te kunnen spelen. "Ik wil het precies weten: hoe gaat de patiënt die drie uur nodig heeft om zich te douchen exact te werk. Dit beschrijft de patiënt vanaf het moment dat hij z'n douchespullen pakt tot het moment dat hij gedoucht en wel in de huiskamer verschijnt. Patiënten ervaren het dikwijls als gênant om het heel concreet te vertellen en eventueel voor te doen. Het geeft mij als verpleegkundige soms het gevoel dat ik naar bedgeheimen vraag. Bij deze gesprekken is het van belang dat ik me acceptierend en neutraal opstel. Ik luister niet-probleematisch naar de problemen. Het is voor patiënten vaak ook een hele opluchting dat er eens iemand echt doorvraagt en het aan blijkt te kunnen om ook de schaamtevolle details te horen. De lading gaat er wat af. In deze fase groeit het vertrouwen dat de patiënt nodig heeft om in een later stadium met mij als



verpleegkundige te gaan oefenen."

De patiënten op Machielsen zijn afdeling hebben vaak een forse angststoornis: een klachtenvermindering van tenminste 50 procent bij ontslag is vaak reëel. "Het is belangrijk dat patiënten leren accepteren dat ze waarschijnlijk nooit helemaal van hun klachten afkomen. We leggen hen uit wat de achterliggende gedachte (rationale) is van wat we doen zodat we kunnen samenwerken op gelijkwaardige basis. Het is belangrijk om intenties, gedachten en overwegingen die er zijn zoveel mogelijk met de patiënt te bespreken. Je denkt als het ware hardop. Dit ook omdat de cliënt in een later stadium zelf de touwtjes van z'n behandeling in handen kan nemen. Uiteindelijk moet de patiënt zelf de therapeutenrol op zich nemen."

### Tweede fase (circa één tot zes maanden)

In de tweede fase van de behandeling gaan patiënten – onder begeleiding van de verpleegkundige – situaties opzoeken waar ze bang voor zijn, de zogeheten *exposure* (blootstelling). Dit is de centrale fase binnen de behandeling, de oefenfase. Dit oefenen kan op

Sommige strategieën zijn heel bijzonder.

twee, niet strikt van elkaar te scheiden, manieren: *graduele exposure* (stap-voor-stap) of *flooding* (overstelping).

In de stap-voor-stap-aanpak inventariseert de verpleegkundige met de patiënt eerst de doelen en vervolgens maken ze samen een stappenplan, van makkelijk naar moeilijk. Een makkelijk doel bij iemand met agorafobie kan bijvoorbeeld zijn: eerst naar het tuinhekje lopen, dan de straat op, dan naar de supermarkt en dan met de bus weg. Het is belangrijk dat de doelen concreet zijn.

De andere exposuremethode, *flooding*, houdt in dat de patiënt de prikkel(s) die essentieel zijn voor het probleem gedurende langere tijd krijgt aangeboden. Met andere woorden: hij wordt net zolang ondergedompeld in deze voor hem of haar meest angst-aanjagende situatie tot de angst/paniek aanzienlijk is gedaald. Dit is een heel intensieve aanpak die veel eist van de patiënt en de begeleidende verpleegkundige. De patiënt moet hiervoor zowel vertrouwen hebben in de behandeling als in de begeleidende verpleegkundige. Een voorbeeld van *flooding* is dat iemand met smetvrees blootgesteld wordt aan de meest angstopwekkende prikkel(s), bijvoorbeeld straatvuil. De verpleegkundige stelt met de patiënt een oefenprogramma op, het is de bedoeling dat ze dagelijks oefenen. Bij exposure is het van belang dat patiënten dingen gaan doen waar ze

bang voor zijn maar die ze wel kunnen hanteren. Als verpleegkundige loop je als het ware steeds een stapje vooruit, je stelt hen voor nèt iets meer te doen dan ze denken te kunnen. Door het oefenen wordt het angstmijdende gedrag doorbroken. De cliënt is bang maar doordat hij de oefening telkens herhaalt, zal de angst steeds minder worden. Die dooft als het ware uit (*extinctie*). Dan is het tijd om een nieuw, lastiger doel te kiezen en de angst weer op te zoeken.

De verpleegkundige moet niet meegaan in de angst op het moment dat de patiënt daar in terecht komt. Angst is erg besmettelijk en de begeleider moet daarmee om leren gaan. De verpleegkundige heeft tijdens het oefenen, op de exposuremomenten, een belangrijke rol. Allereerst motiveert de verpleegkundige de patiënt en moedigt hem of haar aan te oefenen. Wanneer de persoon angstig wordt, blijft de verpleegkundige kalm en begeleidt hij de patiënt bij het hanteren van zijn angst, bijvoorbeeld door te helpen de adem te regelen of het oproepen van helpende gedachten.

Machielsen benadrukt dat elke angst-aanval leer materiaal oplevert. Zonder angst is gedragstherapie niet mogelijk en dat is ook de reden dat kalmeringsmiddelen in de regel verminderd of gestopt worden wanneer patiënten beginnen met de therapie. "Ze moeten juist met de angst leren omgaan in plaats van er voor weg te lopen. Zo was er een patiënt die voortdurend bang was dat hij een hartaanval zou krijgen en daarom niets durfde. Eenmaal op de afdeling aangekomen, waren zijn klachten verdwenen. Hij was in een ziekenhuis en had zich in geen tijden zo veilig gevoeld. Deze patiënt kon op de afdeling dus niet oefenen omdat hij daar niet angstig was. Voor anderen, die bijvoorbeeld al in geen jaren de deur uit zijn geweest, is de opname op zich een enorme stap. Zo was er een patiënt die stomdronken op de afdeling aankwam. Vanwege de angst om de deur uit te gaan had hij flink gedronken zodat hij toch durfde te komen. Weer anderen waren bij opname om

dezelfde reden compleet versuft door kalmeringsmiddelen. Angststoornispatiënten zijn vaak bang om gek te worden of om dood te gaan. De ervaring leert echter dat deze patiënten veel meer kunnen verdragen dan ze zelf denken."

### Modelling

In deze – tweede – fase van de behandeling is het zogeheten *modelling* belangrijk. Dit betekent dat de verpleegkundige als model, als voorbeeld, dient voor de patiënt. Dit speelt de hele dag door: de verpleegkundige knoopt gesprekken aan, spreekt mensen aan op hun gedrag en denkt hardop. Dit is voorbeeldgedrag als het gaat om sociale vaardigheden. Voor iemand die de hele dag z'n handen wast kan het van belang zijn om weer eens te zien hoe iemand zonder wasdwang nu z'n handen wast.

Machielsen: "Dat doe ik als verpleegkundige dan voor. Dit modellen betekent dus heel concreet iets voordoen. Ook het geven van eigen voorbeelden hoort hierbij. Zo vertelde ik laatst tegen de patiënten hoe ik geschrokken was toen ik thuisgekomen van de kapper in de spiegel keek. Ik was slecht geknipt, het zag er niet uit. Ik vond het ongemakkelijk om terug te gaan maar zo kon het ook niet blijven. Toen heb ik de kapper opgebeld, dat was minder eng dan gelijk langsgaan. Daarna ben ik teruggegaan om het bij te laten knippen. Zo krijgen mensen een idee hoe ze dit soort situaties aan kunnen pakken zonder te blijven steken in het vermijden. Ten overstaan van de patiënt moet je je niet gedragen alsof je thuis bent, maar wel is het in veel gevallen zo dat hoe gemakkelijker je bent, des te beter je fungeert als model. Overigens, uit onderzoek blijkt dat het model ook weer niet té ideaal moet zijn. Dat is weer ontmoedigend voor de patiënt. Je hoeft dus ook weer niet op je tenen te lopen."

Het is wat Machielsen betreft een voordeel dat de meeste problemen van patiënten zo invoelbaar zijn. "Dit

### Angststoornissen (volgens DSM-IV)

- ▶ 300.01 - Paniekstoornis zonder agorafobie
- ▶ 300.21 - Paniekstoornis met agorafobie
- ▶ 300.22 - Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis
- ▶ 300.29 - Specifieke fobie (Enkelvoudige fobie)
- ▶ 300.23 - Sociale fobie (Sociale angststoornis)
- ▶ 300.3 - Obsessieve-compulsieve stoornis
- ▶ 309.81 - Posttraumatische stressstoornis
- ▶ 308.3 - Acute stressstoornis
- ▶ 300.02 - Gegeneraliseerde angststoornis (met inbegrip van Overmatige angststoornis in de kindertijd)
- ▶ 293.89 - Angststoornis door... (Vermeld de somatische aandoening)
- ▶ Angststoornis door een middel
- ▶ 300.00 - Angststoornis Niet Anderszins Omschreven



omdat je zelf weet wat angst is en de neiging om te vermijden ook kent. De kern van de behandeling is dat je mensen leert om anders met hun angst om te gaan, niet om geen angst meer te voelen."

De ervaring van Machielsen is dat tijdens deze behandelingsfase patiënten sterk leunen op de verpleegkundige. Als verpleegkundige geef je hen het vertrouwen en de hoop dat ze het kunnen. "Dit doe je onder meer door positief gedrag te bekrachtigen, elke ondernomen oefening is een heldendaad, en niet mee te gaan met de teleurstelling als iets niet lukt. Deze positieve houding moet écht zijn", benadrukt de psychiatisch verpleegkundige.

"Natuurlijk komt het voor dat patiënten hun oefeningen niet doen. Zo was er laatst iemand die volgens zijn oefenprogramma elke dag een rondje om het ziekenhuis moest lopen. Het regende pijpenstelen maar hij kwam met droge schoenen van het rondje terug. Daar word ik niet boos van. Nee, ik heb verbaasd naar hem en zijn schoenen gekeken en hem grappend gevraagd hoe hij het voor elkaar gekregen had om zijn schoenen droog te houden. Ik ga wel met zo'n patiënt bespreken wat er aan de hand is en wat hij eraan denkt te gaan doen zodat het wel gaat lukken." Patiënten willen, volgens Machielsen, wel degelijk geholpen worden, ook al zien ze leeuwen en beren op de weg. De verpleegkundige moet betrouwbaar zijn, veiligheid bieden en niet bang zijn voor de angst.

In eerste instantie begeleidt de verpleegkundige de patiënt vaak bij het uitvoeren van de oefeningen door er bij te zijn. Dit kan betekenen dat hij met iemand mee naar huis gaat om hem of haar daar te ondersteunen bij het oefenen met een angstproeppende situatie. In een later stadium oefent de patiënt alleen en begeleidt de verpleegkundige hem of haar op afstand.

De afstemming binnen het contact met de patiënt luistert nauw, aldus Machielsen. "Je moet niet te veel en niet te weinig vragen. Je kruipt als ver-

pleegkundige onder de huid van de cliënt en helpt hem of haar van daaruit de stappen te nemen die ze zelf niet aandurven."

Behalve het oefenprogramma volgen patiënten een training sociale vaardigheden en activiteitenbegeleiding. Hun vermijdende gedrag was een *copingstrategie*, een vertrouwde strategie om met angstproeppende situaties om te gaan. Wanneer dat wegvalt, moeten ze wel vaardigheden hebben ontwikkeld waarmee ze de wereld tegemoet kunnen treden. Wat er aan de ene kant van het eiland afbrokkelt aan ongewenst terrein moet er aan het andere eind aan gewenst terrein bijkomen.

### Derde fase (circa zes weken)

Machielsen: "In deze laatste fase werkt de patiënt toe naar ontslag. De persoon brengt meer tijd door buiten de afdeling. Het is belangrijk het nieuwe gedrag te verankeren zodat hij of zij thuis niet vervalt in oude patronen." In de tweede fase van de behandeling zijn veel van de klachten verdwenen of hanteerbaar geworden. Dat wil echter niet zeggen dat ze voor altijd verdwenen zijn. Klachten die niet meer manifest en dus zichtbaar zijn, kunnen nog wel sluimerend, dus latent, aanwezig zijn. Dit kan betekenen dat ze in een periode van stress zo de kop weer op kunnen steken.

In deze derde fase van de behandeling hebben patiënten over het algemeen zoveel kennis en vaardigheden dat ze zichzelf kunnen aansturen. Dit betekent dat patiënten zélf in de gaten houden of vermijdingsgedrag of dwanghandelingen de kop weer opsteken. Wanneer dat gebeurt, zullen ze dit – eventueel met wat begeleiding – ook zelf aan moeten pakken. In deze fase kunnen mensen met enige distantie naar hun eigen klachten kijken, dat is een groot verschil met de beginfase. In de beginfase voelen patiënten zich vooral het slachtoffer van hun klach-

ten. In de laatste fase zijn ze ook de eigen therapeut. In deze laatste fase bespreek je met elkaar ook het uiteindelijke resultaat. Patiënten kunnen erg perfectionistisch zijn waardoor ze ontevreden zijn als niet alles opgelost is. Toch is het een prima resultaat wanneer iemand die eerst alle verjaardagen vermeed nu de helft van de keren wél gaat. Of wanneer iemand nog maar vijf minuten de handen wast in plaats van een half uur. Deze resultaten zijn heel meetbaar en geven de patiënt daarmee een instrument in handen om zichzelf te observeren. Daarbij is het concrete resultaat reden tot trots of tevredenheid.

Na ontslag hebben de meeste patiënten nog behoefte aan ambulante nazorg of deeltijdbehandeling. Patiënten kunnen dan, ook in de thuissituatie, weer zelfstandig functioneren.

Machielsen: "Het komt voor dat de angststoornis het enige probleemgebied is waar de patiënt mee kampt. Er kan echter ook een stoornis in de persoonlijkheid onder de angststoornis verborgen liggen, zoals trekken van een borderline persoonlijkheidsstoornis of van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Het valt me op dat patiënten met een angststoornis vaak eenzaam zijn omdat ze moeite hebben om – vaak op meerdere aspecten van het leven – een verbinding aan te gaan. Door de angststoornis aan te pakken, pel je de ui als het ware af. Wanneer dit soort problemen of stoornissen aan de oppervlakte komen dan kan het zijn dat iemand vervolgbehandeling nodig heeft die op de onderliggende problematiek gericht is."

De onderliggende problemen kunnen een beperkende factor zijn in de behandeling van de angststoornis. Wanneer iemand trekken van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis heeft, zal het erg moeilijk zijn om uiteindelijk de eigen therapeut te worden en bij mensen met borderlineproblematiek kan het moeilijk zijn om een evenwicht te houden tussen afstand en nabijheid binnen het contact dat je als verpleeg-



**Pas opstaan als het cijfer op de wekker deelbaar is door vijf en de uitkomst van die deling een priemgetal oplevert.**

kundige met iemand opbouwt, legt de psychiatisch verpleegkundige uit.

Machielsen vindt het leuke mensen om mee te werken. "De problematiek is tot op zekere hoogte invoelbaar wat ik prettig vind. Patiënten hebben vaak een groot gezond deel waar je je op kunt richten zoals een flinke portie gezond verstand. Het is mooi om de ruimte van deze mensen helpen groter te maken. De strijd die patiënten met zichzelf voeren, ontroert me soms. Mensen geven zich zo bloot en zijn zo strijdlustig in hun gevecht met de angst. Het feit dat er natuurlijk volop gesjoemeld wordt, staat los van de integriteit waarmee mensen aan het werk zijn. De motivatie die mensen in hun gevecht met zichzelf aan de dag kunnen leggen, motiveert mij ook."

### Humor

Voor Machielsen is het een groep waar je heel speels mee om kunt gaan. Dat ligt hem wel. Aan de ene kant heel precies en serieus werken volgens afspraken, aan de andere kant veel ruimte

voor humor. "Als ik een keer te laat ben bij een groepsgesprek dan zeg ik rustig – natuurlijk afhankelijk van de sfeer en de groep – dat ik nog even wat dwanghandelingen moest verrichten en daarvoor verlaat ben. Als patiënten zich als persoon maar serieus genomen voelen, kan je ook rustig een grapje maken over hún dwangarbeid'.

Machielsen voert nog even aan dat angst vaak niet onderkend wordt. "Een patiënt is bijvoorbeeld veeleisend, onrustig of geagiteerd en de verpleegkundige ziet niet dat daar angst onder kan zitten."

Het is, volgens hem, ook goed om onderscheid te maken tussen reële angst en pathologische angst. Wanneer iemand wacht op de uitslag van een belangrijk onderzoek dan is het logisch dat hij bang is. Wanneer de angst echter geen reële oorzaak lijkt te hebben en wel groot is, dan is er mogelijk sprake van pathologische angst.

Machielsen: "Ik denk dat verpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk snel geneigd zijn de patiënt gerust te stellen. Daar zitten mensen meestal niet op te wachten. Ze willen gehoord en begrepen worden, je kunt als verpleegkun-

dige dus veel beter goed luisteren naar wat de patiënt bezighoudt dan te bezweren *dat het allemaal goed komt*. Wanneer je dat zegt, geef je dat misschien een goed gevoel maar je bagatelliseert de angst van de patiënt. Door zorgvuldig te luisteren kom je misschien op het spoor van gedachten die de persoon verontrusten. Als dit zo is, en het zijn irreële gedachten, dan heeft de patiënt mogelijk iets aan concrete voorlichting. Soms hebben mensen echt foute informatie opgenomen die hen beangstigt en moet het allemaal nog eens uitgelegd worden. Dit is de cognitieve invalshoek."

Het zonder meer verstrekken van oxazepam (seresta) om de angst te dempen, is niet wat Machielsen voorstaat. Volgens hem ga je dan mee in de vermindering en zegt de verpleegkundige impliciet dat de angst er niet mag zijn. Beter is volgens hem met de patiënt te kijken naar wat precies zo beangstigend is en hoe hij of zij daar mee om zou kunnen gaan.

"Ik denk dat verpleegkundigen vaak geneigd zijn te kiezen voor een snelle oplossing: geruststellen en/of kalmeringsmiddelen. Deze reacties zijn in veel gevallen niet functioneel, de angst wordt gezien als een lastige bijkomstigheid die in de weg staat. Het is functioneler de angst centraal te stellen."

"Verpleegkundigen willen vaak hun betrokkenheid tonen door een oplossing aan te dragen. Je kunt echter op heel wat manieren je betrokkenheid laten zien, daarvoor hoeft je niet meteen met een pasklaar antwoord, pillen, geruststelling of troost aan te komen. Het zou voor patiënt en verpleegkundige waarschijnlijk meer opleveren wanneer ze wat meer naar de angst toe zouden bewegen. Machielsen: "Wees vooral niet te bang voor angst." Vpn

Voor reacties op dit interview of voor informatie over het trainingsprogramma: Guido Machielsen tel.: 030-2506012 (AZU) of e-mail: l.machielsen@wxs.nl