

Stressmanagement

Een echtpaar-groepstherapie voor hartpatiënten: mogelijkheden en beperkingen

door R. Rombouts

Inleiding

De begeleiding van hartpatiënten na een infarct of hartoperatie beoogt fysiek en psychisch herstel. Onderzoek bij deze patiëntengroep toont dat ongeveer de helft van de patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, milde tot sterke onrustverschijnselen vertoont. Angst en depressiviteit vindt men bij respectievelijk 27 en 17% van de patiënten. Deze symptomen staan niet op zichzelf maar gaan vaak gepaard met vermoeidheid, verminderde concentratie en irritatie (Mayou, Williamson, Foster, 1978; Croog, Levine, 1979; Rombouts, Jambroes, Vromans, Hitchcock, 1984).

De meeste begeleidingsvormen trachten via fysiek herstel ook het algemeen welbevinden van de patiënten te beïnvloeden. Bij een klein aantal onderzoeken ligt het aangrijpingspunt van de begeleiding direct op de psychosociale factoren. Effectief lijken begeleidingsvormen waarbij de patiënt informatie over ziekten, risicofactoren en levensstijl krijgt aangeboden (Rahe, O'Niel, Hagen, Arthur, 1975), zijn levensstijl – het zogenaamd A-typegedrag – leert veranderen (Suinn, 1975) of coping-strategieën leert waarmee hij de nieuwe situatie het hoofd kan bieden (Langosch, Seer, Bordner, Michallik-Heerbein, Kalinke, 1981).

In 1981 werden in het AZU hartinfarctpatiënten voor het eerst behandeld met een stressmanagementtraining, eerst individueel, later in groepen. Het doel van deze behandeling richtte zich enerzijds op het begeleiden van de patiënt in zijn noodgedwongen, plotselinge verandering van omstandigheden en anderzijds op het veranderen van levensstijl en het veranderen van reacties in belastende situaties (zie ook:

Schrijver is klinisch psycholoog/gedragstherapeut, verbonden aan de afdeling Cardiologie, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, 3511 GV Utrecht.

Rombouts, 1982). Een belangrijk punt was dat de echtgenoten nauwelijks tot niet veranderden; een bezorgde echtgenote bleef een bezorgde echtgenote. Verder bleek dat de informatie tijdens de therapie vaak de echtgenoten niet bereikte, hoewel de patiënten aangespoord werden hun partners voortdurend op de hoogte te houden. Sommige vrouwen gaven in deze gesprekken aan dat de periode van het infarct voor hen zeer moeilijk was en dat zij bang waren voor een eventuele herhaling. Soms ook bleken latent aanwezige problemen binnen de relatie of het gezin door de plotselinge gebeurtenissen van het infarct acuut te worden. Ook in de literatuur wordt de problematiek van de echtgenote van de patiënt vaak besproken maar helaas is er nauwelijks onderzoek gedaan om dit probleem te objectiveren. Uit eigen onderzoek, een retrospectieve enquête onder 166 hartpatiënten die ongeveer 2 jaar voor de meting een open-hartoperatie ondergingen, bleek bijvoorbeeld dat de partners van de patiënten met een hulpvraag op meerdere gebieden (medisch, maatschappelijk, psychisch en revalidatie) sterkere gevoelens te hebben van inadequaatie. Tevens bleken deze partners significant angstiger te zijn (Rombouts, Vromans, Jambroes, Hitchcock, 1983). Deze bevindingen en indrukken waren aanleiding om een therapie te ontwikkelen waaraan zowel patiënt als partner actief kunnen deelnemen.

De problematiek van hartpatiënten toont sterke overeenkomsten met de problemen die bijvoorbeeld mensen ervaren na een gijzeling (Jaspers, 1980). De hier te rapporteren ervaringen kunnen dan ook van toepassing zijn voor de behandeling van patiënten na andere traumata en ernstige ziekten.

De problematiek vanuit een leertheoretisch kader

Een belangrijk onderdeel van het behandelingsplan is inzicht krijgen in de eigen problematiek en dit geschiedt door het leren maken van zelfobservaties en gedragsanalyses. Dit betekent dat de patiënten zelf hun gedragsanalyse met de daaraan te koppelen veranderingsvoorstellen zullen maken. Voor de behandeling zijn dan ook door de behandelers geen individuele functionele analyses gemaakt zoals in de gedragstherapie gebruikelijk is. De functionele analyse kenmerkt de diagnostische fase in de gedragstherapie. Dit betreft een analyse van het totale functioneren waarin het klachtendeel een logische plaats inneemt.

De behandeling is gebaseerd op een leertheoretische beschouwing van de gesignaleerde problematiek bij hartpatiënten. Voor een uitgebreide beschrijving van deze analyse zie Rombouts en Kraaimaat (1984). Hier zal kort op de hoofdpunten ingegaan worden.

Patiëntgebonden processen – Centraal voor de patiënt staat dat hij op vele wijzen direct of indirect (na zijn thuiskomst) met zijn hartlijden

geconfronteerd wordt. Hij zal zijn doen en laten moeten aanpassen aan fysieke mogelijkheden en weer vertrouwen moeten opbouwen in zijn lichamelijk en geestelijk kunnen. In deze fase kunnen sterke vermijdingsreacties van bijvoorbeeld inspanning en sociaal contact voorkomen, die direct samenhangen met onzekerheid over het eigen kunnen en met (existentiële) angst.

Anderzijds zien we ook patiënten die zichzelf of de ander willen laten zien dat zij 'hun mannetje nog staan'. Deze reactie kan leiden tot onaangepast zware inspanningen, of teleurstellingen over het niet behalen van de zichzelf gestelde doelen. Een vaak alarmerende confrontatie met het hartlijden is pijn in de borststreek of in de 'uitstralingsgebieden' die samenhangen met infarctpijnen. Deze pijnen roepen vaak een directe angst voor een hartinfarct op. Het zal duidelijk zijn dat deze confrontatie bij de patiënt sterke emoties kunnen oproepen, die op zich belangrijke stressoren ('denk toch aan je hart') vormen.

Partnergebonden processen – Bij de partner mogen we gelijksoortige processen veronderstellen als bij de patiënt. Het acute infarct van de echtgenoot kan een grote angst oproepen de levenspartner te verliezen. Deze – op zich reële – reactie kan dermate intensief zijn dat we ook hier moeten veronderstellen dat zij slechts langzaam zal verminderen. Bij thuiskomst van de patiënt wordt de echtgenote op vele wijze aan het hartlijden van haar partner herinnerd. De patiënt moet rusten, moet zijn medicijnen nemen, mag nog niet te veel doen, moet iedere dag zijn oefeningen doen, de dokter zegt 'kalm aan weer beginnen'. Soms ook toont hij stemmingen of emoties die zij van hem niet kende. Daarnaast kan hij dingen doen die hij beter nog niet kan doen en blijft hij soms beangstigend lang weg. Kortom een veelheid van gebeurtenissen die haar aan het denken zetten. Deze gedachten kunnen weer hevige emoties oproepen, die gepaard gaan met spanning.

Typische spanningsverminderende activiteiten van de echtgenote zijn: de patiënt ontzien, hem controleren en steunen, afzien van eigen activiteiten omdat hij daar nog moeite mee heeft. Een belangrijke consequentie is dat de partner in haar gedrag een belangrijk nieuw levensdoel kan ervaren namelijk 'zorgen voor de echtgenoot'. Juist als zij in een levensfase is, waarin de kinderen uit huis gaan en zij tot een nieuwe zingeving van het leven moet komen kan dit van belang zijn. Een dergelijke nieuwe zingeving zal op de lange duur zowel voor de patiënt als de partner negatieve gevolgen kunnen hebben. Vaak staan daar ook nog andere belangrijke negatieve consequenties zoals ontevredenheid en spanningsklachten tegenover.

Interactionele processen – In de beschreven patiënt- en partnerprocessen kan men vele terugkoppelingen aangeven die procesversterkend werken.

De interactie tussen de partner geschiedt via verbale en non-verbale

communicatie. Het uiten van de eigen gedachten kan een positieve rol spelen in het verwerken van het trauma. Bij paren, die vastlopen, zal eerder de koppeling tussen geuite negatieve gedachten en emoties versterkt worden door bijvoorbeeld ongeoorloofde generalisatie of 'catastrofiseren'. Het angstvallig niet bespreken van de eigen gedachte om de ander te ontzien kunnen voor patiënt en partner pijnlijke confrontaties met het beleefde trauma vormen. Beiden kunnen aan de ander merken, dat hij of zij op een andere wijze emotioneel reageert of andere dingen doet dan men voorheen gewend was van elkaar. Deze vaak kleine signalen kunnen een herinnering en herleving van het trauma inhouden. Spontane handelingen of reacties van de één kunnen bij de ander ongewenste processen versterken. Denk bijvoorbeeld aan de verhoogde aandacht, de zorgen en de hulp die bij de patiënt het zoeken van steun doen versterken en hem nog meer het gevoel geven niets meer te kunnen.

De beschreven interacties lijken alleszins normaal en adequaat gedrag. Echter in een fase waarin de patiënt weer zelfstandig moet gaan functioneren, kunnen deze mechanismen belemmerend werken.

De behandeling

Algemene doelstellingen en leerdoelen – Uitgaande van de voorafgaande analyse kent de behandeling 3 algemene doelstellingen waarbij centraal staat:

- a. leren hanteren van emoties en spanningen die direct of indirect met hartlijden verbonden zijn;
- b. leren om gaan met belastende omstandigheden;
- c. aanleren van een adequate levensstijl.

Deze drie doelstellingen zullen worden uitgewerkt op drie niveaus (individueel, paar- en groepsniveau) tot concrete leerdoelen.

Individuele leerdoelen – De behandeling van de verhoogde emotionele reactie ten gevolge van een trauma is aangewezen, als patiënt en/of partner lijdt onder deze reacties en deze hem of haar in het dagelijks functioneren belemmeren. Hierbij is te denken aan de hoge frequentie waarmee de emotionele reacties kunnen voorkomen, of aan de intensiteit van de emoties. De angst voor een infarct is dus op zich geen therapie-indicatie, wel is behandeling geïndiceerd als deze angst een aangepast, normaal bestaan ernstig belemmert of onmogelijk maakt.

De behandeling richt zich op het veranderen van de operante aspecten die het gedrag in stand houden en indien nodig op deconditionering van antecedente stimuli die het gedrag kunnen uitlokken.

De tweede algemene doelstelling wordt gerealiseerd middels een vaardigheidstraining waarin zijn opgenomen: het maken van zelfobservaties en functionele analyses, het leren van een techniek om met spanning om te gaan en het toepassen ervan (zie Rombouts, Ferstl, Klenk, 1980).

Ten aanzien van de levensstijl is het aanleren van rust en ontspanning in het dagelijkse leven belangrijk. Tevens is het leren stellen van reële en haalbare eisen aan zichzelf, met name voor hen met een hoog aspiratieniveau (A-types), een belangrijk leerdoel. Te hoge eisen aan zichzelf stellen geeft voortdurend het gevoel te falen, wat leidt tot ongenoegen over zichzelf. Juist voor de acceptatie van eventuele fysieke beperkingen is het noodzakelijk zich bewust te zijn van de eisen die men aan zichzelf stelt.

Uit de hierboven geformuleerde doelstellingen worden de volgende concrete leerdoelen op individueel niveau afgeleid:

- a. leren maken van zelfobservaties en functionele analyse van belastende situaties en sterke emotionele reacties,
- b. leren van ontspanningstechnieken die als coping-techniek toegepast kunnen worden,
- c. leren toepassen van zelfconfrontatietechnieken (in vitro en in vivo) in plaats van vermijding,
- d. leren toepassen van coping-technieken die reeds in het repertoire voorhanden zijn,
- e. leren opmerken van de eisen die men aan zichzelf stelt en leren reële (= meer haalbare) eisen aan zichzelf en anderen te stellen.

Parenniveau – Een hartinfarct, en de openbaring van een hartziekte in het algemeen, roept bij de patiënt en de directe omgeving bezorgdheid en angst op. Angst, omdat men geconfronteerd wordt met de kwetsbaarheid van het leven en bezorgdheid voor de partner en voor de toekomst. Patiënt en partner gaan hier ieder op hun eigen manier mee om. De patiënt vreest voor zijn leven. Hij is overgeleverd aan de medische hulp. In de afhankelijke patiëntenrol waarin hij plotseling beland is wordt voor hem gedacht en gehandeld. De patiënt wordt omringd door verpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werk(st)ers en fysiotherapeuten die hem veel aandacht schenken en hulp verlenen. De partner daarentegen ziet opeens haar levensgezel in het ziekenhuis verdwijnen. Zij vreest voor het leven van de patiënt, zonder iets voor hem te kunnen doen. Tevens staat zij voor de taak het gezinsleven door te laten gaan, een taak die verzwaard wordt met de ziekenhuisbezoeken, extra contacten met vrienden en kennissen die naar de toestand van de patiënt vragen en de veelal slapeloze nachten ten gevolge van de spanningen.

Vaak staat zij hiervoor alleen of wordt zij omringd door goed bedoevende kennissen waarvan het uiteindelijke effect niet altijd opweegt tegen de extra moeite die dit meebrengt.

Na het hartinfarct leven patiënt en partner een aantal weken in verschillende werelden die bij thuiskomst van de patiënt elkaar weer ontmoeten. Ze komen elkaar frequenter tegen dan voorheen, deze ontmoeting is dan erg intensief, want na het infarct blijft de patiënt enige tijd en soms voor altijd, overdag thuis. Een relatie tussen de

partners waarin beiden zich vrij kunnen uiten achten wij van groot belang voor de verdere revalidatie van de patiënt en het terugkeren naar een normaal leven van beiden.

Van belang is dat patiënt en partner onderling ervaringen uitwisselen over hun emotionele reacties uit de afgelopen periode. Tevens leert men hierdoor eigen veronderstellingen te uiten en op juistheid te toetsen. De veranderde levensomstandigheden na een infarct, bijvoorbeeld door het niet meer werkzaam zijn of de verminderde lichamelijke mogelijkheden, maakt dat vele dingen die voorheen vanzelfsprekend waren opnieuw besproken moeten worden.

Op partnerniveau kunnen we de volgende leerdoelen formuleren:

- a. leren uiten van en reageren op emotioneel beladen thema's en ervaringen;
- b. leren opmerken van bevorderende en remmende gedragingen in de interactie (operante factoren) en deze constructief leren gebruiken;
- c. leren navraag te doen bij veronderstellingen ten aanzien van de ander. Een gulden regel hierbij kan zijn: de één geeft aan, wat hij op dit moment al of niet kan en de ander komt op voor zichzelf zonder de partner te benaderen;
- d. leren uiten van de eigen doelen.

Groepsniveau – De groep wordt beschouwd als een middel om de algemene en specifieke doelstellingen na te streven. Dit betekent dat groepsprocessen, die het bereiken van de doelen bevorderen, gestimuleerd worden. De groep vormt de omgeving waarin nieuw gedrag geleerd en voor het eerst uitgetoetst wordt. Daarom is een hoge mate van groepscohesie en onderling vertrouwen onmisbaar. Onderstaande punten zijn daarbij van belang:

1. letten op de positieve kanten van het gedrag van anderen,
2. de andere laten merken wat men van hem waardeert,
3. accepteren van lof en complimenten van de ander,
4. bij feedback aan de ander steeds eerst de positieve punten toelichten, eventueel gevolgd door één of twee punten die men zou kunnen verbeteren,
5. kritiek aan anderen zodanig uiten dat het de ander verder kan helpen,
6. naar de ander luisteren en op hem of haar ingaan.

Globale opzet van de behandeling – De behandeling bestaat uit 15 bijeenkomsten van 2 uur. Dertien zittingen vinden wekelijks plaats, daarna een zitting na 2-3 weken en de laatste na 3-4 weken tussentijds. De behandeling wordt gegeven door twee therapeuten, aan maximaal 6 deelnemende paren. Patiënten hebben een ernstig hartlijden doorgemaakt waarvoor opname noodzakelijk was.

Voorafgaande aan de behandeling vindt de patiëntselectie plaats

waarin onder meer de doelstelling van de behandeling en een behandelingscontract besproken worden.

Het behandelingscontract wordt tijdens de eerste zitting getekend, evenals de schriftelijke toestemming voor de video-opname. Na de introductie van de behandeling met de daarmee verbonden afspraken wordt de therapie-rationele gepresenteerd. Tevens wordt de zin en het doel van het werkboek uitgelegd. Hierin worden het patiënteninformatiemateriaal en de aantekeningen van het huiswerk opgeborgen.

Het eerste thema in de groep is 'luisteren en reageren', waarbij gewerkt wordt aan de communicatieve vaardigheden van de patiënt. Vervolgens komen aan de orde 'Omgaan met emoties', 'Zelfobservaties', 'Omgaan met belastingen', 'Relaxatietraining', 'Omgaan met eisen' en het gebruik van andere coping-technieken naar aanleiding van een eigen gedragsanalyse. De thema's worden steeds geïntroduceerd aan de hand van een korte theoretische uitleg en door de patiënten uitgewerkt middels zelfobservaties. Daarop aansluitend worden vaardigheden geoefend en thuis toegepast. Op deze manier wordt elk thema in 2 of 3 delen opgesplitst, namelijk introductie, zelfobservatie, vaardigheden leren en toepassen.

De behandeling is zodanig gestructureerd dat van vaardigheden en hulpmateriaal dat eerder aan de orde komt ook in een volgende fase gebruik gemaakt kan worden.

Evaluatie van de behandeling

In deze fase van de ontwikkeling van een therapievorm is gekozen voor een 'clinical-trial' met twee groepen om de bruikbaarheid van de behandeling te evalueren.

Op *groepsniveau* is er expliciet aandacht besteed aan de communicatie binnen de groep. Het effect hiervan moet tot uiting komen in het communicatiepatroon tussen de groepsleden. Verwacht werd dat patiënten in de loop van de behandeling in de groep actiever zullen deelnemen en dat cliënt-clientinteracties zullen toenemen ten koste van therapeut-clientinteracties. De zittingen 2, 8 en 14 werden op videocassetten vastgelegd om het beloop van deze interactiepatronen te analyseren. Van elke zitting werd gedurende twee maal 15 minuten gescoord wie tegen wie, wat zei. De banden werden door de therapeut en cotherapeut na uitgebreide training op oefenbanden onafhankelijk gescoord. De interbeoordelaarsovereenstemming varieerde van 67% tot 80%. In tabel 1 staat de verdeling van therapeuteninterventies weergegeven. In zitting 2 en 8 zien we dat ongeveer een kwart van de therapeuteninterventies bestaat uit geven van reinforcement. Voor zitting 14 is dit iets minder. De procesgerichte interventies nemen van een kwart af tot 7,5%, terwijl de therapieinhoudelijke opmerkingen aan het einde van de behandeling van 56% tot 76% van de interventies stijgen. Het absolute aantal therapeutische interventies blijft gemid-

Tabel 1: Verdeling van de therapeuteninterventies

Zitting	2	8	14
N (aantal)	60	56	50
Reinforcement	27%	25%	17%
Procesgericht	26	18	7
Inhoudelijk	56	57	76

Tabel 2: Verdeling van interacties

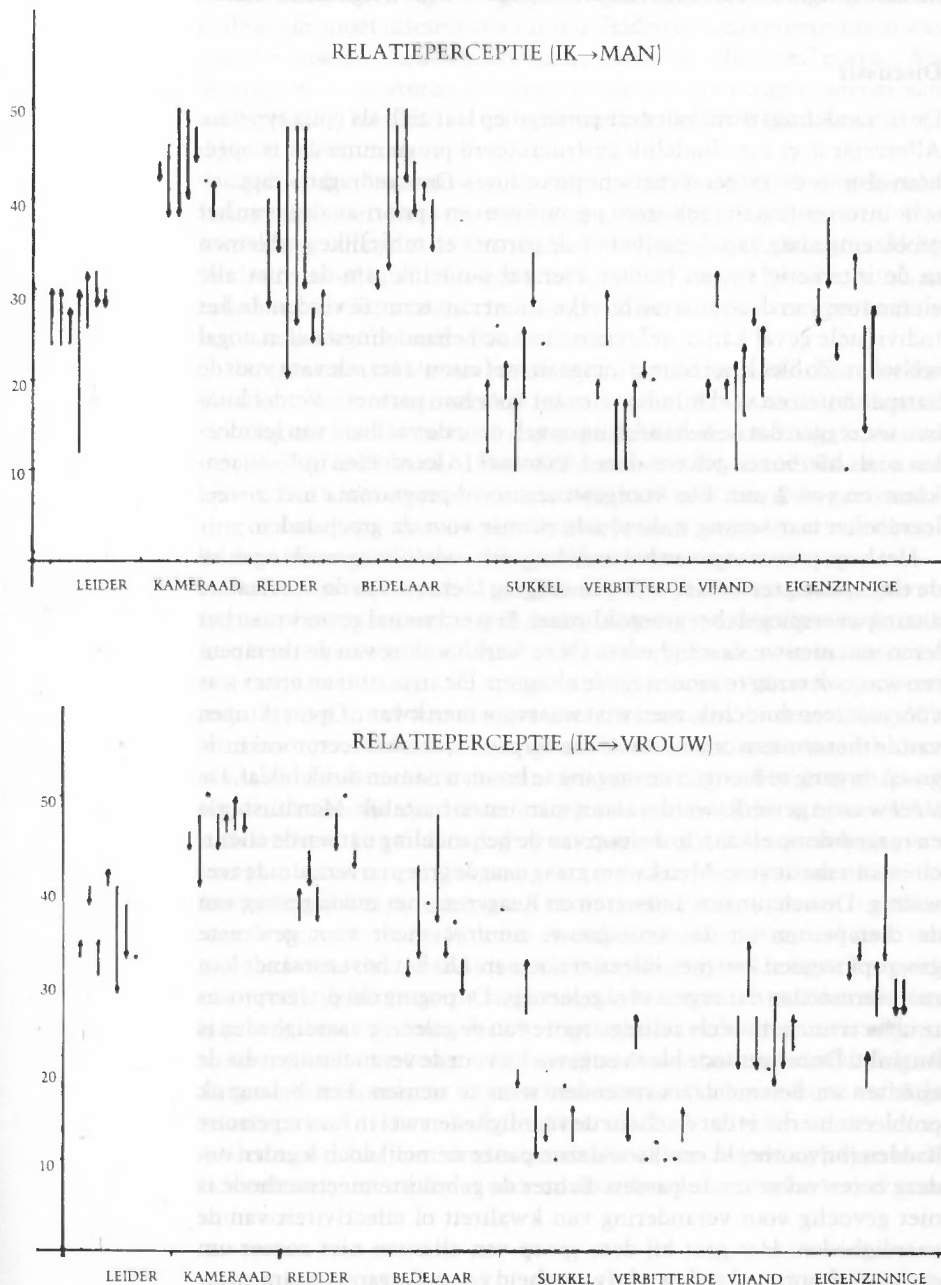
Zitting	2	8	14
N (aantal)	97	130	128
Therapeut-cliënt	64%	40%	39%
Clïënt-therapeut	19	14	22
Clïënt-clïënt	17	45	39

deld gelijk. De therapeut-clïëntinteracties nemen geleidelijk af, de clïënt-clïëntinteracties nemen toe, terwijl de clïënt-therapeutinteracties gelijk lijken te blijven (zie tabel 2).

Op *paarniveau* is voor beide groepen een evaluatie van de parendoe- len uitgevoerd met een verkorte versie van de Vragenlijst voor Interper- soonlijke Relaties (Vertommen, Rochette, 1979). De vragenlijst bevat 8 factoren, die in figuur 1 met één woord gekarakteriseerd worden. Deze factoren sluiten nauw aan bij de interactietypologie van Leary (1957) en Foa (1965). Aangegeven kan worden hoe men zichzelf in de relatie ervaart en hoe men de ander ervaart. Figuur 1 laat de veranderingen (prepost) voor patiënt en partner zien hoe zij zichzelf in de relatie ervaren op alle factoren. De pijlen geven de grootte en de richting van de verandering aan. De grootste veranderingen in de perceptie van de relatie komen bij de partners voor. Allen vertonen zij een forse daling op de factor Redder. Vijf van de zeven vrouwen vertonen ook een daling op de factoren Kameraad en 'Bedelaar'. Bij de patiënten zijn de gevon- den veranderingen beduidend geringer en er is geen, bij alle patiënten terugkerend, patroon te vinden. De veranderingen bij de partners wor- den bevestigd door de gegevens die aangeven hoe men de ander in de relatie ervaarde (hier niet weergegeven).

Op *individueel niveau* zijn pre- en post-treatmentmetingen voor beide groepen en follow-up-metingen na een half jaar van de *eerste* groep beschikbaar. Hierbij is gebruik gemaakt van de Medisch Psycho- logisch Vragenlijst voor Hartpatiënten (Erdman, 1982) die als factoren heeft 'Welbevinden', 'Invaliditeit', 'Ontstemdheid' en 'Sociale ge- remdheid'. Tevens werd met de Zelf-Beoordelingsvragenlijst (Van den

Figuur 1: Relatie-perceptie van patiënt en partner weergegeven in ruwe scores. De pijlen geven per persoon de grootte en richting van de verandering op de factoren van de nameting ten opzichte van de voormeting. Een punt betekent geen verandering.



Ploeg, 1980) de 'trait anxiety' gemeten. Zowel voor patiënt als partner zijn geen duidelijke veranderingen geconstateerd. Hoewel de patiënten bij mondelinge evaluatie aangaven baat gehad te hebben bij de behandeling, bleek uit deze vragenlijstgegevens geen significant effect.

Discussie

De behandelingsvorm van deze parengroep laat zich als volgt typeren: Allereerst is er een duidelijk gestructureerd programma dat is opgebouwd uit gedragstherapeutische procedures. Deze gedragstherapeutische interventies zijn gekozen op grond van een a priori-analyse van het probleemgedrag van de patiënt en de partner en mogelijke problemen in de interactie tussen beiden. Het zal duidelijk zijn dat niet alle elementen van deze analyse bij elke cliënt zijn terug te vinden. In het individuele geval kan de relevantie van de behandelingsdoelen nogal wisselen. Zo bleek het thema 'omgaan met eisen' zeer relevant voor de hartpatiënten en veel minder relevant voor hun partners. Verder kunnen we zeggen dat de behandeling opvalt door de veelheid van leerdoelen zoals hierboven geformuleerd. In totaal 16 leerdoelen in 15 bijeenkomsten van 2 uur. Een voorgestructureerd programma met zoveel leerdoelen laat weinig individuele ruimte voor de groepsleden.

Het hoge percentage van behandelingsinhoudelijke opmerkingen bij de therapeutinterventies met een stijging hierin tot in de voorlaatste zitting weerspiegelt het groepsklimaat. Er werd vooral gewerkt aan het leren van nieuwe vaardigheden. Deze werkhouding van de therapeuten was ook terug te vinden bij de cliënten. De structuur en opzet was voor iedereen duidelijk, men wist waarvoor men kwam. Opmerkingen van de therapeuten om bij het onderwerp te blijven, het leerproces in de groep op gang te brengen en op gang te houden namen duidelijk af. De sfeer waarin gewerkt werd was ontspannen en hartelijk. Men luisterde en reageerde op elkaar. In de loop van de behandeling namen de cliënt-clientinteracties toe. Men kwam graag naar de groep en verzuumde zeer weinig. De oefeningen 'Luisteren en Reageren', het modelgedrag van de therapeuten en de consequente reinforcement voor gewenste groepsprocessen kan men effectief noemen. Uit het bovenstaande kan men vermoeden dat er ook veel geleerd is. De poging om dit leerproces te objectiveren middels zelfregistratie van de geleerde vaardigheden is mislukt. Deze methode bleek ongevoelig voor de veranderingen die de cliënten en behandelaars meenden waar te nemen. Een belangrijk probleem hierbij is dat de cliënt de vaardigheden wel in hun repertoire hadden (bijvoorbeeld een kwartiertje pauze nemen) doch leerden om deze beter/vaker toe te passen. Echter de gebruikte meetmethode is niet gevoelig voor verandering van kwaliteit of effectiviteit van de vaardigheden. Het gaat bij deze groep van cliënten niet zozeer om extreem abnormaal gedrag of afwezigheid van gedragsrepertoire, maar vooral om gedragsinefficiënties die naar voren komen in een gewijzig-

de leefsituatie. De behandeling beoogde dan ook primair verbetering van de kwaliteit en effectiviteit van een veelal aanwezig repertoire. De andere evaluatiematen die gebruikt werden zijn veel globaler en omvatten slechts ten dele de geleerde vaardigheden. Al het 'geleerd en getherapie' moet uiteindelijk immers leiden tot een verbetering in wat men zou noemen de kwaliteit van het leven op individueel niveau. Als belangrijke indicatoren hiervoor kozen wij voor angst, gevoel van welbevinden, invaliditeit en onstemdheid (zie ook Rombouts, Hendriksen, 1983).

Op dit individuele niveau, wat als uiteindelijk doel van de behandeling gezien kan worden, werden geen effecten waargenomen. Wel kwam naar voren dat de partners na de behandeling zich onafhankelijker (zo men wil emancipatorischer) en minder als hulpverlener in hun relatie zien, waarmee een conditie gerealiseerd wordt voor het faciliteren van doelen op individueel niveau.

Het grote aantal leerdoelen dat we in de geringe tijd hebben willen bereiken, werkt waarschijnlijk belemmerend. Er was weinig tijd om de vaardigheden te leren en toe te passen, laat staan dat er van 'optimaal oefenen' sprake kon zijn. Het reflecteren over de situatie die ontstaan was na het harttrauma stond steeds in het kader van gedragsverandering en vaardigheidstraining. Hiermee komen we op een cruciaal punt in deze discussie.

Na het hartinfarct of de operatie werden patiënt en partner geconfronteerd met een veranderde leefsituatie en stonden zij voor de taak hun leven weer zin te geven. Dit betekent weer plannen maken voor een tijd die verder ligt dan morgen en overmorgen. Allereerst probeert men de oude draad van vroeger weer op te nemen en zoveel mogelijk weer op oude voet verder te gaan. Vaak is dit niet mogelijk door oorzaken die soms bij de persoon zelf liggen (bijvoorbeeld invaliditeit) en soms buiten hen gesitueerd zijn (zoals een moeilijke stap van WAO naar werken). Een andere poging tot zingeving is de herwaardering van vroegere activiteiten. Datgene wat men niet meer of minder kan verliest zijn betekenis. Indien men er niet in slaagt om zich aan te passen aan de veranderde leefsituatie, wordt men geconfronteerd met een zinloos leven. Ons inziens is een herwaardering van de eigen levenssituatie belangrijker voor de zingeving aan het eigen bestaan dan alle hier gepresenteerde gedragsveranderingen die in eerste instantie slechts spanningsreductie beogen. Kortom, in een posttraumabehandeling zal men expliciet aandacht moeten besteden aan doelen op korte en lange termijn. Hierbij is het noodzakelijk aandacht te besteden aan de herformulering van haalbare doelen en idealen. Deze zingeving kwam in de behandeling niet expliciet voor en door de vele leerdoelen was er geen tijd voor.

Literatuur

- Croog, S.H., en S. Levine (1977), *The heartpatient recovers*. Human Sciences Press, New York, London.
- Erdman, R.A.M. (1982), *Medisch Psychologische Vragenlijst voor Hartpatiënten. Handleiding*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Foa, G. (1965), New developments in design and analysis. *Psychol. Rev.* 72, 261-274.
- Jaspers, J.P.C. (1980), *Gijzelingen in Nederland*, Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Langosch, W., P. Seer, G. Brodner, U. Michallik-Herbein en D. Kallinke (1981), Behavior therapy with coronary heart disease patients. Results of a comparative study. *J. of Psychosom. Research*, 26: 475-484.
- Leary, T. (1957), *Interpersonal Diagnosis of personality*. Ronald Press Company, New York.
- Mayou, R., B. Williamson en A. Foster (1978), Outcome two months after infarction. *J. of Psychosom. Research* 22, 439.
- Ploeg, H.M. van der, P.B. Defares en C.D. Spielberger (1981), *Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Rahe, R.H., T. O'Neil, A. Hagan en R.J. Arthur (1975), Brief grouptherapy following myocardial infarction: Eighteen-month follow-up of a controlled trial. *Int'l J. Psychiatry in medicine*, Vol. 6(3), 349-358.
- Rombouts, R., R. Ferstl en D. Klenk (1980), *Stressbewältigungstraining. Anleitung für den Kurzleiter*, IFT-Manuale, München, 16.
- Rombouts, R., en R. Ferstl (1984), Ein psychophysiologisch kontrolliertes Stressmanagement-Training. *Therapieforschung für die Praxis* 4. Eds. J.C. Brengelmann und G. Bühringer. Röttger Verlag München, 55-103.
- Rombouts, R., G. Jambroes, I. Vromans en J.F. Hitchcock (1984), Verbetering welzijn en hulpvraag na coronaire bypass-chirurgie. *Hart Bulletin* Vol. 15, 28-32.
- Rombouts, R. (1982), Psychologische begeleiding van hartpatiënten. *Gedrags therapie* 15(2), 33-55.
- Rombouts, R., en F.W. Kraaimaat (1984), Group therapy framework for heart disease patients and their partners. *Gedrag* 12(5), 1-15.
- Suinn, R.M. (1975), The cardiac stress management program for type A patients. *Cardiac Rehabilitation* 5, 13-15.
- Vertommen, H., en F. Rochette (1979), *Vragenlijst Interpersoonlijke Relaties*. Swets en Zeitlinger, Lisse.