

Schrijfp opdrachten over aversieve ervaringen sorteren geen effect bij patiënten met angststoornissen

N. LAMMERTS VAN BUEREN

ACHTERGROND In verschillende onderzoeken werd aangetoond dat schrijfp opdrachten over aversieve ervaringen een gunstig resultaat sorteren bij mensen met lichte klachten. Onderzoek naar het effect van deze methode bij patiënten is schaars.

DOEL Onderzoeken of het schrijven over aangrijpende gebeurtenissen ook gunstige effecten heeft op ernstige angstsymptomatologie.

METHODE Tweeëndertig patiënten met angststoornissen werden willekeurig toegewezen aan een experimentele groep of een controlegroep. Achttien patiënten kregen de opdracht om over hun meest aversieve levenservaring te schrijven. Veertien patiënten schreven over triviale onderwerpen. In een periode van twee weken voltooide elke patiënt vier schrijfsessies. Zes weken na de vierde sessie vond een laatste, follow-upsessie plaats. Angstsymptomatologie en stemming werden geoperationaliseerd aan de hand van de Symptom Checklist, de Penn State Worry Questionnaire, de Impact of Event Scale en de Profile of Mood State. Het directe effect van het schrijven op de stemming werd bepaald met behulp van een stemmingsmeter.

RESULTATEN In de experimentele groep verslechterde de stemming gedurende korte tijd sterk. Multivariate analyses voor herhaalde metingen wezen niet op duidelijke effecten. Ook de kritische (groep \times meting) interactie was niet significant. Bij follow-up zijn zowel de angstsymptomatologie als de stemming in de experimentele groep, in vergelijking met de controlegroep, niet verbeterd.

CONCLUSIE Schrijven over aversieve ervaringen is, zoals in het verleden al veelvuldig beschreven is, zeer belastend voor patiënten (pain). De resultaten laten zien dat het schrijven over stressvolle ervaringen van nul en generlei waarde is om angstsymptomen te reduceren (no gain).

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)2, 75-84]

TREFWOORDEN angststoornissen, schrijfp opdrachten, trauma

Pennebaker en zijn collega's waren halverwege de jaren tachtig de eersten die systematisch onderzoek verrichtten naar de effecten van schrijfp opdrachten op de gezondheid van hun patiënten (Pennebaker & Klihr-Beall 1986; Pennebaker e.a. 1988). In verschillende onderzoeken lag de nadruk op het schrijven over nare ervaringen. De steekproeven bestonden meestal uit mensen zonder

manifeste gezondheidsklachten, veelal studenten. De resultaten van deze onderzoeken hebben vervolgens geleid tot een sterke toename in de interesse van onderzoekers voor experimentele schrijfp opdrachten.

De onderzoeken van Pennebaker en collega's (1993) volgden een vast stramien: patiënten werden willekeurig toegewezen aan één van de twee

groepen. De patiënten uit de schrijfgroep kregen de opdracht te schrijven over uiterst persoonlijke ervaringen (bijvoorbeeld zijn of haar meest traumatische ervaringen). De patiënten uit de controlegroep kregen de opdracht over relatief oppervlakkige onderwerpen te schrijven. Meestal werden drie tot vijf dagelijkse schrijfsessies gehouden met een duur van vijftien tot twintig minuten.

Lichamelijk en psychisch welbevinden werd in de vele onderzoeken geoperationaliseerd aan de hand van stemmingsvragenlijsten en psychofysiologische maten (bloeddruk, immuunresponsen, huidgeleidingsreacties en frequentie van huisartsbezoeken). Inmiddels is herhaaldelijk, in zowel niet-gecontroleerde als in gecontroleerde onderzoeken, aangetoond dat het op emotionele wijze schrijven over stressvolle gebeurtenissen, in het geval van steekproeven uit 'gezonde' populaties, leidt tot een verbetering van de fysieke en geestelijke gezondheid. Zie voor een uitgebreid overzicht van de resultaten van deze onderzoeken het artikel van Smyth (1998).

Toch zijn de gunstige uitkomsten van de verschillende onderzoeken niet zonder meer generaliseerbaar naar patiënten (Batten e.a. 2002). De laatste jaren wordt meer onderzoek verricht naar populaties met ernstige traumatische ervaringen in het verleden (Batten e.a. 2002), waarbij sprake is van medische (Smyth e.a. 1999) dan wel psychische (Gidron e.a. 1996) klachten. In een gecontroleerd onderzoek onderzochten Batten e.a. (2002) het effect van geschreven 'disclosure' bij een steekproef met ernstig seksueel misbruik in de jeugd. Hun conclusie was dat schrijven over dergelijke traumatische ervaringen niet voldoende is om psychologische en fysieke verbeteringen te bewerkstelligen.

Ten slotte bleek uit een van de eerste gecontroleerde onderzoeken met patiënten met ernstige psychische klachten (Gidron e.a. 1996), waarbij patiënten met posttraumatische stressstoornissen (PTSS) als proefpersonen fungeerden, dat vijf weken na het experiment vermijdingssymptomen en bezoek aan de huisarts juist waren toegenomen. Zij waarschuwden op grond van deze bevindingen

voor mogelijke negatieve gevolgen van trauma disclosure bij patiënten met PTSS.

Met deze gegevens in het achterhoofd werd onderzocht of bij patiënten met ernstige angststoornissen expressieve schrijfoopdrachten kunnen leiden tot vermindering van stressgerelateerde problematiek. Meer concreet is de verwachting dat door het geprotocolleerde schrijven het psychisch functioneren en de stemming op langere termijn zullen verbeteren (Lange 1995; Pennebaker 1993).

Uitgaande van de vraagstelling of de gunstige resultaten van schrijfonderzoeken doorgetrokken kunnen worden naar patiënten met ernstige angststoornissen, werd een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek opgezet.

METHODE

Patiënten De patiënten die aan het onderzoek deelnamen hadden allen het intake- en indicatiestellingsproces doorlopen voor een klinische behandeling van hun angststoornis. Kliniek Overwaal is een kliniek voor psychotherapie die gespecialiseerd is in de behandeling van patiënten met ernstige angststoornissen. Het gaat om patiënten met langdurig bestaande dwang, fobieën en/of panieklachten, die onvoldoende baat hebben gehad bij een ambulante behandeling. Deze behandeling wordt vaak gecompliceerd door de gelijktijdige aanwezigheid van andere psychische problemen zoals recidiverende depressieve perioden, traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis en disfunctionele persoonlijkheidskenmerken.

Opzet Veertig angstpatiënten werden willekeurig toegewezen aan een experimentele groep (schrijfgroep) of een controlegroep. Dit gebeurde op grond van de medische dossiernummers (even of oneven). Als inclusiecriteria voor deelname werd uitgegaan van het nog steeds hinder ondervinden van een negatieve belastende ervaring, zoals het herbeleven van de gebeurtenis in dromen en gedachten, het vertonen van vermijdingsgedrag en het ervaren van symptomen

die wijzen op een verhoogd arousalniveau. De ervaring moest langer dan zes maanden geleden hebben plaatsgevonden (American Psychiatric Association 1994; en in navolging van Schoutrop & Lange 1997). Tevens diende voldaan te zijn aan het criterium dat de as-I-stoornis een angststoornis is volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). De medicatie moest stabiel ingesteld zijn bij aanmelding en mocht dus geen recente wijzigingen voorafgaande aan het onderzoek hebben ondergaan. Tijdens de duur van het onderzoek werden evenmin psychotherapie of andere vormen van behandeling ontvangen.

De selectie van de patiënten werd uitgevoerd door de psychotherapeuten uit de intakecommissie. Met behulp van een controlelijst werd nagegaan of aan de gestelde criteria werd voldaan. Tevens stelde de intakecommissie de DSM-IV-diagnose.

Met de patiënten die hun toezegging deden werden afspraken gemaakt voor vijf bijeenkomsten. Per week werden steeds twee schrijfsessies vastgelegd met twee dagen tussen de sessies. De vijfde sessie was de follow-up, zes weken na afloop van de schrijfsessies. Alle sessies werden steeds op hetzelfde tijdstip gepland.

Meetinstrumenten In het onderzoek werd gebruikgemaakt van vier gestandaardiseerde vragenlijsten en twee niet-gestandaardiseerde vragenlijsten: de Symptom Checklist-90 (SCL-90), de Impact of Event Scale (IES), de Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), de verkorte Profile of Mood States (POMS), een stemmingsmeter en een korte evaluatielijst over het geschrevene. Aan de hand van deze lijsten zijn de angstsymptomatologie (SCL-90, IES en PSWQ) en de stemming (POMS) geoperationaliseerd.

De SCL-90 (Arrindell & Ettema 1986 (Nederlandse bewerking); Derogatis e.a. 1973) is een multidimensionale klachtenlijst, gebaseerd op zelfbeoordeling. De vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men bij ambulante psychiatrische patiënten kan aantreffen en is als zodanig geschikt als screenings- en meetinstrument

bij de evaluatie van behandelingsresultaten.

De Nederlandstalige versie van de IES (Brom & Kleber 1985; Horowitz e.a. 1979) inventariseert in hoeverre mensen bezig zijn met het verwerken van een ingrijpende gebeurtenis. De IES richt zich op twee centrale dimensies in de psychologische verwerking van een schok: het herbeleven en het vermijden van onaangename gevoelens of van herinneringen aan de gebeurtenis.

De verkorte POMS is een Nederlandse aanpassing (Wald & Mellenbergh 1990) van de Amerikaanse POMS (McNair e.a. 1971) en meet stemmingen. In dit onderzoek werden de parallelle onderdelen Meetinstrument A (Mis-a) en Meetinstrument B (Mis-b) gebruikt. Zij bestaan elk uit 30 items die 5 schalen vormen. Deze schalen meten de stemmingen depressief (6 items), boos (6 items), moe (6 items), krachtig (6 items) en gespannen (6 items). Beide vormen zijn onafhankelijk van elkaar.

De PSWQ is ontwikkeld door Meyer e.a. (1990). Door Van Rijsoort e.a. (1999) werd de PSWQ bewerkt voor gebruik in het Nederlandse taalgebied. Deze vragenlijst meet de mate en intensiteit van piekeren. De PSWQ kan zonder bezwaar worden opgevat als een eendimensionale maat, die een goed onderscheid maakt tussen normale en klinische groepen. De stemmingsmeter scoort 6 goedmoedstoestanden op een schaal oplopend van 1 tot 7: tevreden, blij, schuldig, verdrietig, angstig en boos. Direct voorafgaand aan en onmiddellijk na het schrijven werd deze korte lijst afgenomen.

Na iedere sessie werd ook een korte evaluatievragenlijst over het geschrevene ingevuld. Drie items werden op een schaal oplopend van 1 tot 7 gescoord. Gevraagd werd naar hoe persoonlijk het geschrevene werd ingeschat en in welke mate emoties werden geopenbaard. Deze evaluatievragenlijst werd gebruikt als manipulatiecheck: om te controleren of de experimentele manipulatie geslaagd is.

Procedure Bij aankomst vulden de patiënten een verklaring in waarin stond dat zij op de hoogte waren gebracht van de aard en doelstel-

lingen van het onderzoek en dat zij hun medewerking verleenden. Nadrukkelijk werd verteld dat het geschrevene anoniem geanalyseerd zou worden. Vervolgens werden in een andere ruimte de vier gestandaardiseerde testen afgenomen door een onderzoeksassistent. Uiteindelijk vond de toewijzing aan een van de twee groepen willekeurig (op grond van de medische dossiernummers: even/oneven) plaats. De onderzoeksassistent was naïef met betrekking tot de onderzoeksopzet. Wel was ze op de hoogte van de verschillende instructies.

De patiënten kregen schrijfpapier en een pen met de instructie dat de komende 45 minuten geschreven kon gaan worden over een nader te bepalen onderwerp. Ze zouden gewaarschuwd worden als de tijd voorbij was en ze zouden verder niet gestoord worden.

Beide groepen kregen schriftelijke instructies over het te beschrijven onderwerp. De patiënten uit de schrijfgroep kregen de instructie om te schrijven over de meest nare, van streek makende en traumatische gebeurtenissen die ze ooit in hun leven hadden meegemaakt, gebeurtenissen waarvan ze zelf ook de indruk hadden dat deze nog steeds van invloed waren op hun dagelijkse doen en laten.

Benadrukt werd dat ze moesten schrijven over hun diepste gedachten en gevoelens. Het beste zou zijn om over pijnlijke ervaringen of gebeurtenissen te schrijven die ze nooit eerder tot in de kleinste details hadden besproken met anderen. Ze zouden niemand hoeven te sparen en ze zouden het puur voor zichzelf schrijven. Aangegeven werd dat de patiënten vooral niet te kritisch moesten zijn over hoe ze dat deden. Mooie zinnen of taalfouten waren onbelangrijk. Belangrijk was dat ze zich lieten gaan in hun schrijven. Ook werden de patiënten nadrukkelijk verzocht om door te blijven schrijven tot de tijd om was.

De opzet om de patiënten uit deze groep alle vrijheid te geven in de keuze van het onderwerp is conform de oorspronkelijke opzet van Pennebaker (1993). De patiënten uit de controlegroep schreven over alledaagse triviale zaken. Zij kregen de instruc-

tie dat ze zelf mochten kiezen waarover ze zouden gaan schrijven. De bedoeling was wel dat ze zo objectief mogelijk de gewone dagelijkse gang van zaken zouden gaan beschrijven.

Bij elke sessie werden de stemmingsmeter (voor en na) en de evaluatielijst (na) afgenomen. Na afloop van de vierde schrijfsessie werden wederom in de testruimte dezelfde gestandaardiseerde vragenlijsten, als die bij aanvang van het experiment, afgenomen.

De follow-up vond zes weken later plaats. Opnieuw werden genoemde vragenlijsten afgenomen en werd schriftelijk gecontroleerd of de patiënten uit de schrijfgroep de indruk hadden dat ze de meest pijnlijke gebeurtenis uit hun leven ook daadwerkelijk beschreven hadden. Verder vond een eindgesprek plaats met de onderzoeker.

Statistische methode Het directe effect op de stemming werd geanalyseerd. Dit gebeurde per sessie aan de hand van een 2 (groepen) \times 2 (meetmomenten) multivariate variantieanalyse voor herhaalde metingen over de verschillende stemmingen. De groep (schrijf- en controlegroep) en de meetmomenten (voor en na de sessie) waren de onafhankelijke variabelen. De afhankelijke variabelen waren hier de scores op de stemmingen tevreden, blij, schuld, verdriet, angst en boos.

Tevens werd een variantieanalyse van het uiteindelijke effect bij follow-up uitgevoerd. Dit gebeurde aan de hand van een 2 (groepen) \times 3 (meetmomenten) multivariate variantieanalyse voor herhaalde metingen over de gestandaardiseerde testen, waarbij de groep (schrijf- en controlegroep) en de meetmomenten (voor, na en follow-up) de onafhankelijke variabelen waren. De afhankelijke variabelen waren de scores op de SCL-90, de IES en de PSWQ. Ook werd het langeretermijneffect op de stemming geanalyseerd. Dit gebeurde met behulp van eenzelfde analyse. De afhankelijke variabelen waren de somscores op de verkorte POMS.

RESULTATEN

In de periode van september 1998 tot en met augustus 2002 werden 149 patiënten op de wachtlijst voor opname in de kliniek geplaatst. Van deze patiënten gaven 94 (63%) aan hinder te ondervinden van vroegere negatieve belastende ervaringen. Daarvan waren 28 patiënten nog in therapie en zij werden daarom niet benaderd voor het onderzoek.

Van de resterende 66 patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek zagen 25 patiënten van deelname af en kon 1 patiënt niet (tijdig) worden bereikt. De voornaamste redenen waren reisangst (10) en ernstige dwangklachten (8), waardoor men niet op de afgesproken tijden aanwezig zou kunnen zijn. Daarnaast werden genoemd: te grote reisafstand (4) en te grote belasting (3).

Van de veertig patiënten werden door de willekeurige toewijzing uiteindelijk twee patiënten meer aan de experimentele groep toegewezen. Van deze veertig patiënten vielen er nog acht af: vier per groep. Zes tijdens de schrijffase en twee in de periode daarna. Deze laatste twee vielen af vanwege opname, die eerder kon plaatsvinden dan voorzien. Uit de controlegroep haakten twee patiënten af: één vanwege ziekte en één vanwege de reisafstand. Uit de schrijfgroep haakten twee patiënten af: één vanwege de reisafstand en één vanwege de tijdsinvestering. Gedurende een bepaalde periode namen meer patiënten deel aan de controlegroep. Uiteindelijk doorliepen tweëndertig patiënten de gehele procedure, waarvan achttien (veertien vrouwen en vier mannen) in de schrijfgroep en veertien (tien vrouwen en vier mannen) in de controlegroep.

De verdeling van patiënten over de verschillende typen angststoornissen tussen respectievelijk de schrijfgroep en de controlegroep was als volgt: paniekstoornis met agorafobie (4, 2), sociale fobie (3, 3), obsessieve compulsieve stoornis (3, 7), specifieke fobie (1, 0), PTSS (3, 0), gegeneraliseerde angststoornis (2, 0) en niet-gespecificeerde angststoornis (2, 2). Bij 24 patiënten werd een tweede as-I-stoornis benoemd. Voor 6 patiënten uit de

schrijfgroep en voor 9 patiënten uit de controlegroep was dat een PTSS. De meeste patiënten hadden tevens een as-II-diagnose (17, 12). De diagnoses behoorden voornamelijk tot het cluster C. De diagnoses van 2 patiënten uit de schrijfgroep en 1 patiënt uit de controlegroep lagen in cluster B.

Het merendeel van de patiënten gebruikte psychofarmaca in de periode dat het experiment liep. Voornamelijk werden antidepressiva (AD) geslikt. Tien patiënten uit de schrijfgroep en 11 patiënten uit de controlegroep gebruikten AD (clomipramine, selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) of mirtazapine). Uit beide groepen gebruikten 4 patiënten SSRI's in hoge doses en respectievelijk 2 en 4 patiënten SSRI's in lage doses. Zeven (3, 4) patiënten gebruikten geregeld anxiolytica in normale dosis. Twee patiënten uit de schrijfgroep en 5 patiënten uit de controlegroep gebruikten meer dan één soort medicatie, waarbij hormonale anticonceptiva niet meegerekend zijn. Het gaat dan om bijvoorbeeld slaapmedicatie, antipsychotica en bètablokkers. Zes patiënten uit de schrijfgroep en 3 patiënten uit de controlegroep gebruikten geen medicatie.

De gemiddelde duur van de klachten was dertien jaar. Iets meer dan de helft van de patiënten was eerder klinisch opgenomen geweest in een psychiatrische instelling en de gemiddelde duur van voorafgaande behandelingen was bijna tien jaar.

De patiënten uit de steekproef lijken, op grond van testcores en demografische data, een goede afspiegeling van de klinische populatie van onze kliniek te zijn. Zoals eerder vermeld zijn ook de individuele schrijfonderwerpen geïnventariseerd. Het gehanteerde inclusiecriteria was breder dan criterium A voor PTSS uit de DSM-IV. De aard van de stressor hoefde niet per se extreem te zijn. Niet alle patiënten (ongeveer de helft) hadden zodoende gebeurtenissen meegemaakt die aan criterium A voldeden. Alle patiënten gaven schriftelijk aan de meest ellendige situatie beschreven te hebben. De schrijfpodracht ontlokte een sterk negatieve stemming. De patiënten uit de schrijfgroep werden duidelijk (emotioneel) belast. Zozeer

zelfs dat 5 patiënten misselijk werden en 2 patiënten moesten overgeven. Slechts 5 van de 18 patiënten (28%) uit de schrijfgroep waren bij de follow-up duidelijk positief over het schrijven. De patiënten uit de controlegroep vonden de opdracht over het algemeen goed uit te voeren. Vier patiënten waren verbaasd over hoe moeilijk het was om zo objectief mogelijk te schrijven.

Manipulatiecheck Over de 4 sessies gemeten gaven de patiënten uit de schrijfgroep aan zowel emotioneler ($t(30) = 7,93$; $p < 0,001$) als persoonlijker ($t(30) = 5,07$; $p < 0,001$) geschreven te hebben dan de controlegroep. Dit kan worden gezien als een aanwijzing dat de experimentele manipulatie is geslaagd.

Kortetermijn(stemmings)effecten Een significant hoofdeffect van groep werd gevonden bij de eerste en tweede sessie. Daarna niet meer. Voor deze eerste twee sessies was dit respectievelijk ($F(1,30) = 4,58$; $p < 0,01$) en ($F(1,30) = 2,78$; $p < 0,01$). Een significant hoofdeffect van tijd/meting werd gevonden op de eerste, tweede en vierde sessie. Voor de eerste, tweede en vierde sessie was dit respectievelijk ($F(1,30) = 4,43$; $p < 0,01$), ($F(1,30) = 3,77$; $p < 0,01$) en ($F(1,30) = 2,53$; $p < 0,05$). Een interactie-effect (groep \times meting) werd echter nergens gevonden.

De univariate analyses wijzen erop dat de patiënten uit de schrijfgroep duidelijk meer onlustgevoelens hebben ervaren na de sessies. Vooral de stemmingen verdriet en boos werden sterk beïnvloed. Dergelijke effecten zijn gemeten gedurende de eerste drie sessies. Na de derde sessie waren de verschillen tussen de groepen op de stemmingen verdriet en boos respectievelijk ($F(1,30) = 7,73$; $p < 0,01$) en ($F(1,30) = 4,3$; $p < 0,05$).

Tijdens de vierde sessie worden geen significante interactie-effecten meer gevonden. Het negatieve effect van het schrijven op de stemming wordt geleidelijk minder. Voor de stemming angst worden in geen enkele sessie significante interactie-effecten gevonden.

Langeretermijneffecten De analyse van de angstsymptomatologie (SCL-90, IES en PSWQ) toonde geen significante effecten ten gevolge van de schrijfprocedure. Een hoofdeffect van groep werd nergens gevonden. Een hoofdeffect van tijd/meting en een interactie-effect (groep \times meting) werden echter ook niet gevonden. De toetsen werden ook uitgevoerd op subschaalniveau. De analyses op subschaalniveau bleken niet wezenlijk anders te zijn dan die van de geaggregeerde variabelen (somscores).

Ook de analyse van de stemmingseffecten (verkorte POMS) bracht geen effecten aan het licht. Ook hier werd geen hoofdeffect van groep gevonden. Een hoofdeffect van tijd/meting en een interactie-effect (groep \times meting) werden ook niet gevonden.

DISCUSSIE

Het significante hoofdeffect van groep dat op de stemmingslijst gevonden wordt bij de eerste sessie lijkt niet gewenst en behoeft verklaring. Op de POMS wordt geen hoofdeffect van groep gevonden. De meest logische verklaring waardoor dit effect op de stemmingsvragenlijst gevonden wordt is dat de patiënten bij het invullen van deze lijst (en niet bij de POMS) inmiddels op de hoogte waren van de verschillende opdrachten. Patiënten uit de schrijfgroep anticipeerden al op de ellende waarover zij zouden gaan schrijven. Dit veroorzaakte het verschil in stemming voorafgaande aan het experiment.

De gevoelens van onlust namen duidelijk toe in de schrijfgroep. De aard van de veranderingen in de stemming lijkt sterk overeen te komen met eerder gevonden effecten. Zo beschrijven Murray e.a. (1989) een sterk effect op verdriet en boosheid en een lichter negatief effect op gevoelens van angst in een steekproef van studenten over twee sessies. De negatieve gemoedstoestand houdt zo'n vijftien minuten aan. Ook in dit onderzoek werden de sterke effecten op de stemming korte tijd later niet teruggevonden op de POMS-scores.

Ondanks de sterk negatieve stemming die

ontlokt werd trad een verbetering op langere termijn niet op. De patiënten die positief waren over het schrijven vermeldde de reeds vaak gerapporteerde effecten (Pennebaker 1986; Schoutrop & Lange 1997; Smyth 1998): dat ze bijvoorbeeld ‘achter bepaalde zaken waren gekomen’ of ‘anders tegen het gebeurde aankijken’. De resultaten van de stemmingsmeter en de POMS doen een toename in toenaderingsgedrag in de schrijfgroep vermoeden. Dit brengt de gevonden toename van tal van onlustgevoelens (boosheid, verdriet en schuldgevoelens) met zich mee. Men staat meer stil bij de doorstane ellende. De schrijfopdrachten lijken zo bekeken tot exposure te leiden. Exposure kan leiden tot het opstarten van een cognitief-emotionele routine (rouwproces). Het proces leidt in ieder geval niet tot de verwachte vermindering van de problematiek. Littrell (1998) komt in haar overzichtartikel ‘Is the reexperience of painful emotion therapeutic?’ tot de conclusie dat niet exposure zonder meer, maar gestructureerde en tot cognitieve herijking leidende exposure heilzaam is. De schrijfopdracht bewerkstelligt in dat geval niet de benodigde cognitieve verschuiving.

Hiermee komt een beperking van dit onderzoek naar voren. De steekproef bestond namelijk uit een vrij heterogene patiëntengroep met ernstige angststoornissen. Het zou sterker geweest zijn om slechts patiënten met PTSS te includeren. Daarover is immers bekend dat blootstelling aan herinneringen werkzaam kan zijn. Tevens is geen tekstanalyse uitgevoerd van het geschrevene. Hierdoor is onduidelijk of patiënten inderdaad geschreven hebben over hun essentiële ellende en hoe vaak zij dat gedurende de verschillende sessies gedaan hebben. Er is wel navraag over gedaan. Echter: hoewel alle patiënten aangaven over hun meest ellendige situatie geschreven te hebben, mag toch niet verwacht worden dat ze direct in staat waren te schrijven over de meest essentiële zaken.

Tal van individuele behandelingen van patiënten uit de kliniek zijn uitgebreid gedocumenteerd (Haaijman 1990; Haaijman e.a. 1994; Hendriks & Klompenhouwer 2004). Deze klinische be-

schrijvingen benadrukken regelmatig de vroege problematische conditioneringen van deze patiënten. Dit zou geleid hebben tot ‘krachtige emotionele blokkades met sterk *rule governed behavior*’ (Orlemans e.a. 1995). Dat een te sterk ontwikkeld vermijdingspatroon oorzaak kan zijn voor het uitblijven van positieve resultaten in de actualisatieschrijfgroep is ook wat Schoutrop & Lange (1997) opperen. Zij schrijven: ‘[...] we ons moeten realiseren dat een eenmalige opdracht tot actualiseren lang niet bij iedereen (ook niet in de klinische praktijk) leidt tot het schrijven over wat werkelijk pijnlijk en angstwekkend is.’ In de praktijk blijkt vaak dat de behandelaar patiënten herhaaldelijk moet instrueren om dichterbij te komen bij de imaginaire stimuli die zij bij voorkeur vermijden. En al mochten de patiënten in staat blijken tot voldoende exposure, dan nog bestaat het risico van ongunstige effecten.

Mogelijk dat technieken als het herschrijven van het trauma (Arntz & Weertman 1999) of het toevoegen van adaptieve cognities tijdens de exposure (Ehlers & Clark 2000; Grey e.a. 2002) dit kunnen voorkomen. Maar zelfs dan bestaat de kans dat de effecten ongunstig blijven. Schrijven over aangrijpende gebeurtenissen kan ertoe leiden dat de persoon die gebeurtenis tot het grote ankerpunt van zijn of haar autobiografie maakt en dat kan disfunctioneel zijn (Berntsen e.a. 2003). Grey e.a. (2002) maken een klinisch onderscheid tussen cognities en emoties die worden ervaren op het moment dat een traumatische gebeurtenis plaatsvindt (peritraumatisch) en de secundaire interpretatie ervan na de traumatische gebeurtenis. Mogelijk dat strategieën die zijn ontwikkeld op grond van dit onderscheid behulpzaam kunnen zijn ‘het grote ankerpunt’ los te laten.

Voor minder ernstige psychopathologische problematiek lijkt al een geavanceerdere methode nodig, bijvoorbeeld de methode die ontwikkeld werd door Lange e.a. (2002). Deze procedure bestaat uit meerdere schrijffasen, waarin naast een soort van ‘interactieve’ actualisatie tevens cognitieve herstructurering en ‘social sharing’ belangrijke rollen spelen. Kortom: de weg van de ‘ongeconditio-

neerde stimulus (UCS)-reëvaluatie' (Baeyens 2002) blijft vooralsnog een lange weg.

CONCLUSIE

Schrijven over ellendige zaken volgens het stramien van Pennebaker (1993) is voor patiënten met ernstige angststoornissen van nul en generlei waarde. Uit het onderzoek blijkt dat bij follow-up de schrijfgroep zeker niet beter af is dan de controlegroep. Een indicatie voor een latere follow-up kon verkregen worden door de erop volgende opname van de patiënten. De patiënten uit de schrijfgroep blijken ook dan beslist niet beter af te zijn.

Sinds kort worden onderzoeken gedaan naar de effecten van experimentele schrijfopdrachten met steekproeven uit populaties met psychopathologische klachten. De uitkomsten zijn niet bemoedigend. Dit onderzoek ondersteunt deze ongunstige resultaten.

De experimentele procedure leidt tot veel en sterke onlustgevoelens op korte termijn (*pain*), maar niet tot verbeteringen op langere termijn (*no gain*). Aannemelijk is dat patiënten met ernstige angststoornissen en vroegere traumatische ervaringen, zonder nadere selectie en/of processturing, onvoldoende in staat zijn tot cognitieve herijking. Een waarschuwing voor dergelijke vrijblijvende (niet-ingebedde) schrijfopdrachten bij patiënten met ernstige problematiek lijkt hier eerder op zijn plaats.

 Veel dank aan prof.dr. H. Merckelbach voor zijn gedegen commentaar op eerdere versies van dit artikel. Dank ook aan S. Koenen en N. Bruin voor de hulp bij het verzamelen van de data.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een*

multidimensionele psychopathologie-indicator. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

- Baeyens, F. (2002). Verwachtingsleren versus louter referentieel leren: zin of onzin voor de gedragstherapeutische praktijk. *Gedrags therapie*, 35, 115-132.
- Batten, S.V., Follette, V.M., Rasmussen Hall, M.L., e.a. (2002). Physical and psychological effects of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33, 107-122.
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D.C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 675-693.
- Brom, D., & Kleber, R.J. (1985). *De Schok Verwerkings Lijst*. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). *SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale -- preliminary report*. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, J.F., e.a. (1996). Written disclosure in posttraumatic stress disorder: is it beneficial for the patient? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 505-507.
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: a treatment for peritraumatic emotional 'hotspots' in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37-56.
- Haaijman, W.P. (1990). *Klinische behandeling van angststoornissen: casuïstiek uit de kliniek voor psychotherapie*. Nijmegen: Eurosound.
- Haaijman, W.P., Diepstraten, Ph.H.J., & van Schevikhoven, R.E.O. (1994). *Twintig jaar klinische gedragstherapie*. Nijmegen: Benda.
- Hendriks, G.J., & Klompenhouwer, J.L. (2004). *Angststoornissen: behandeling en therapieresistentie*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Lange, A., Schoutrop, M., Schrieken, B., e.a. (2002). Interapy: A Model for Therapeutic writing through the Internet. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Red.), *The Writing Cure* (pp. 215-238). Washington DC: American Psychological Association.
- Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotion therapeutic? *Clinical Psychology Review*, 18, 71-102.
- McNair, D.M., Lorr, M., & Droppleman, L.F. (1971). *Edits Manual for the Profile of Mood States*. San Diego/California: Educational and Industrial Testing Service.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., e.a. (1990). Development and

- validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Murray, E.J., Lamnin, A.D., & Carver, C.S. (1989). Emotional expression in written Essays and Psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 414-429.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.
- Pennebaker, J.W., & Klihr-Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Rijsoort, S. van, Emmelkamp, P., & Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 297-307.
- Schoutrop, M.J.A., & Lange, A. (1997). Gestructureerd schrijven over schokkende ervaringen: resultaten en werkzame mechanismen. *Directieve therapie*, 17, 77-96.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A. e.a. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1304 - 1309.
- Wald, F.D.M., & Mellenbergh, G.J. (1990). De verkorte versie van de Nederlandse vertaling van de Profile of Moods States (POMS). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 45, 86-90.

AUTEUR

N. LAMMERTS VAN BUEREN is klinisch psycholoog/psychotherapeut en als teamleider werkzaam in de kliniek Overwaal te Lent.

Correspondentieadres: N. Lammerts van Bueren, Pastoor van Laakstraat 48, 6663 CB Lent (Nijmegen).

E-mail: nlvb@overwaal.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-7-2006.

SUMMARY

Writing assignments about stressful and/or traumatic events do not benefit patients with anxiety disorders – N. Lammerts van Bueren –

BACKGROUND Several studies have indicated that patients with mild anxiety symptoms may benefit from writing about life events that they have found stressful. However, there is very little research done into the effects of this technique.

AIM To find out whether writing about stressful and/or traumatic events would also benefit patients with severe anxiety disorders.

METHOD Our sample consisted of 32 patients (24 women and 8 men) with anxiety disorders. They were randomly assigned to 2 groups, one being an experimental group, the other a control group. Eighteen patients were asked to write about the most stressful events they had experienced and 14 were asked to write about trivial topics. Each patient completed 4 writing sessions over a 2-week period. A follow-up writing session took place six weeks later. Anxiety symptoms and mood were measured by means of the Symptom Check List, the Penn State Worry Questionnaire, the Impact of Event Scale and the Profile of Mood State. The immediate effect of writing on mood was scored by means of a simple questionnaire.

RESULTS The mood of the patients in the experimental writing group deteriorated markedly during a short time. Multivariate analyses conducted on repeated measurements did not reveal any significant effects. The interaction between the experimental group and the test scores was not significant either. At follow-up psychic functioning and mood in the experimental group were no better than in the control group.

CONCLUSION Writing about stressful and/or traumatic events is a very taxing activity for patients (pain). This has often been demonstrated in the past. The results show that simply writing about stressful events is definitely not a successful way of reducing anxiety symptoms (no gain).

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)2, 75-84]

KEY WORDS anxiety disorders, writing, trauma