



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De langdurige behandeling van een jonge vrouw met paniekaanvallen en obsessies, omringd door botte mensen

Kees van der Velden*

Samenvatting

In dit artikel worden de wederwaardigheden beschreven van de nu 31-jarige Cindy de Vriend, die dertien jaar geleden door haar huisarts voor psychiatrische behandeling werd verwezen. In de behandeling kunnen twee fasen onderscheiden worden. In de eerste fase had Cindy allerhande moeilijkheden, maar geen paniekaanvallen. In de tweede fase was paniek de belangrijkste klacht. Om de moeilijkheden van de tweede fase te begrijpen is het nodig iets van Cindy's toestand in de eerste fase te weten; vandaar dat die vrij uitvoerig wordt weergegeven. Na een behandeling waarin enkele bekende directe interventies – ademhalingsoefeningen, schrijfpoddrachten, exposure – zo goed en zo kwaad als het ging werden toegepast kreeg Cindy medicamenteuze therapie. Uit de gevalbeschrijving kan de lezer leren dat farmacotherapie bij paniek niet vanzelf moeiteloos verloopt. In de discussie wordt ingegaan op vragen over diagnostiek en de gevolgde behandelingsstrategie.

Eerste fase: gezinstegespoed

Aanmelding en taxatie

Cindy, achttien jaar, 'administratief medewerkster' met havo-opleiding, zou volgens haar huisarts geen 'nee' durven zeggen. Haar vader en haar oudere broer Tom zouden haar vernederen. De vader werd door de huisarts als een impulsief reagerende man getypeerd, die in de praktijk van de huisarts regelmatig voor moeilijkheden had gezorgd, vooral wanneer hij niet op zijn wenken bediend werd. Haar moeder leed sinds twee jaar aan multiple sclerose, kon niet meer spreken en was 'volledig verpleegbehoefstig'; zij werd thuis verzorgd. Er was een geestelijk gehandicapt broertje dat in een instituut voor diep zwakzinnigen verbleef. De huisarts had ongeveer een jaar lang wekelijks gesprekken met Cindy, maar haar zelfverzekerdheid was hierdoor niet merkbaar toegenomen.

Cindy was een zwaar opgemaakt meisje, dat bij het eerste gesprek vergezeld werd door een ongeveer 25-jarige, op dezelfde wijze opgemaakte vrouw, Belinda geheten, die niet alleen de verzorgster van Cindy's moeder was, maar, zoals in latere gesprekken met Cindy bleek, ook de minnares van de heer De Vriend, Cindy's vader. Om hun plezier in elkaars gezelschap te onderstrepen dronk en lachte het jonge paar heel wat af. Belinda bleek te willen dat Cindy vrienden en vriendinnen buitenshuis zou zoeken, speciaal om het geluk van de heer De Vriend en zijn geliefde niet te verstoren, behalve op de avonden waarop het paar buitenshuis pret maakte, en Cindy nodig was om op haar

* K. VAN DER VELDEN (1944) is stafmedewerker voor onderzoek en kwaliteit bij het Centrum voor geestelijke gezondheidszorg RNO in Rotterdam; hij is tevens werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van deze instelling.

moeder te passen. Cindy zelf had sinds enkele jaren een seksuele verhouding met haar broer Tom, waaraan zij zich niet wist te onttrekken. Tom was de trots van zijn vader, zijn grootmoeder en ook van Belinda. (Waar deze trots op gebaseerd was werd niet duidelijk.) Cindy was vooral bij haar moeder geliefd.

Zij verzorgde haar moeder trouw. Hoewel Cindy aan de uitdrukking van de ogen van haar moeder soms kon aflezen dat deze van haar hield, miste zij het vroegere intieme contact. Ook miste zij de genegenheid die haar vader in betere dagen wel kon tonen. Zij maakte veel ruzie met hem en Belinda, vooral om haar vader te laten voelen dat zijn handelwijze niet in de haak was.

Cindy had een vriendin, maar die stond op het punt een vaste vriend te krijgen. Op haar werk had zij weinig contacten. Als zij alleen op haar kamer was las zij, het liefst boeken van Joop ter Heul.

De vaststelling van de huisarts dat Cindy's moeilijkheid was dat zij geen 'nee' durfde te zeggen doet in het licht van deze inlichtingen eufemistisch aan, al was het waar dat Cindy in contacten buitenshuis vaak onzeker en onhandig was. (Overigens voldeed ze zeker niet aan de criteria voor sociale fobie die in DSM-III-R worden genoemd.)

Met de eveneens eufemistische aanduiding 'gezinstege spoed' (Oudshoorn, 1992) wordt beter aangegeven wat hier aan de hand was.

Therapie: steun

De eerste fase van de behandeling duurde ruim twee jaar.

Cindy kreeg *steun*, dat wil zeggen dat geprobeerd werd haar de indruk te geven dat ze een persoon van waarde was. Verder werd zij met raad en daad terzijde gestaan. In dit kader deelde de therapeut bij herhaling mee Belinda als een 'secreet' of een 'rotwif' te beschouwen. De seksuele relatie met haar broer werd, voor zover Cindy hieraan meewerkte, getypeerd als 'uiting van de behoefte aan genegenheid en geborgenheid'. Cindy werd geprezen om haar trouw aan haar moeder. Cindy's vader werd als 'momenteel weinig fijnbesnaard' gekenschetst. Met al deze meningen kon Cindy instemmen. Zij werd aangemoedigd geen ruzie meer met haar vader te maken, maar hem te observeren, om er zo achter te komen 'hoe hij werkelijk is'. Wanneer zij verontwaardiging voelde opkomen zou zij keihard knijpen in de pen die de therapeut haar meegaf en zich vervolgens op haar kamer terugtrekken.

Na enkele maanden kwam Cindy tot de slotsom dat haar vader 'een egoïst' was, maar deze vaststelling deed haar geen goed. Zij kreeg last van hoofdpijn, depersonalisatie en perioden van amnesie; wanneer zij hierover sprak reageerden Belinda en vader met wrevel, ook omdat Cindy aangaf dat zij gedurende de tijden waarover zij zich niets herinnerde dingen zou kunnen doen die het leven van haar moeder in gevaar zouden kunnen brengen. Het stel moest dus vaker thuisblijven. Eenmaal bleek vader over enig gevoel voor zijn dochter te beschikken: hij gaf haar vijftig gulden, maar dit mocht zij niet aan Belinda vertellen.

Tom kreeg verkering met ene Marloes.

De langdurige behandeling van een jonge vrouw met paniekaanvallen en obsessies, omringd door botte mensen

Na twee jaar steun bemoeide Cindy zich zo weinig mogelijk met haar vader, die inmiddels een verlovingsring droeg, en diens Belinda. Zij zorgde nog steeds goed voor haar moeder.

Cindy had zonder succes pogingen ondernomen een vaste vriend te krijgen. Zij had inmiddels wel het vermogen ontwikkeld iets te weigeren, seksueel contact met Tom bijvoorbeeld.

Een groot succes kon de behandeling niet genoemd worden toen de therapeut en Cindy besloten het contact voorlopig te beëindigen.

Tweede fase: angst en depressie

Drie jaar later nam Cindy opnieuw contact op.

Haar vader was ongeveer acht maanden na het laatste gesprek met haar behandelaar op een warme avond om acht uur aan een hartaanval overleden. Cindy en Belinda waren erbij. Cindy probeerde hem op haar manier te reanimeren – roepen, huilen, aan hem trekken – maar toen de dokter kwam was hij dood. Hij werd vijftig jaar. Haar grootmoeder, een overheersende vrouw met weinig idee van wat in de medemens omgaat, meende dat zij, Cindy, hem had ‘vermoord’. Haar moeder overleed elf maanden na haar vader in een verpleeghuis. Hierna overleed ook haar zwakzinnige broertje.

Cindy had deze ingrijpende gebeurtenissen goed doorstaan, maar sinds enkele weken werd zij geplaagd door paniekaanvallen. Tijdens deze aanvallen, die vooral tegen achten ’s avonds optraden, ervoer zij de sensaties die haar vader vlak voor zijn overlijden rapporteerde: vermoeidheid, tintelingen, benauwdheid, pijn achter het borstbeen, zelfs uitstralende pijn in de linkerarm. Bij haar vader waren deze verschijnselen als symptomen van ‘overspanning’ of ‘hyperventilatie’ aangemerkt. Geen wonder dat Cindy ze interpreteerde als tekenen van een naderend infarct. De vaststelling van huisarts en cardioloog dat haar hart perfect werkte had haar slechts kort gerustgesteld. Er waren overigens geen agorafobische complicaties. Tom, inmiddels gehuwd met Marloes, had een jaar eerder dezelfde klachten gehad. Een psycholoog zou hem hier met succes van afgeholpen hebben. Nogal wat familieleden van vaderszijde zouden met ingebeelde ziekten tobben.

Therapie 1: een goedgedoelde mix van directe interventies

Het was niet moeilijk Cindy’s klachten met een hyperventilatieprovocatie op te roepen: reeds na enkele zuchten zag ze asgrauw. Het plastic zakje dat de therapeut op enige centimeters afstand voor haar mond hield duwde ze weg: ‘Ik stik.’ Het duurde zeker een halfuur voor haar ademhaling weer enigszins in het gareel was.

Zij kreeg uitleg over hyperventilatie, de indertijd veel gebruikte brochure *Angst voor ernstige ziekten* van Ten Doesschate werd haar uitgereikt, ademhalingsoefeningen werden gedemonstreerd en ook kreeg zij de raad om haar herinneringen op gezette tijden op te schrijven. Dit laatste advies was gebaseerd op de veronderstelling dat Cindy

niet zomaar te snel en diep ademhaalde, maar dat mogelijk ook de verwerking van het verlies van haar ouders een ontspannen ademhaling bemoeilijkte.

De adviezen leverden niet veel op. Het lukte Cindy aardig om gewoon te ademen, behalve wanneer het nodig was, tijdens een paniekaanval. Ze dacht dan meer aan het naderend einde dan aan haar ademhaling. Het schrijven leverde zulke levendige herinneringen op aan de dood van haar vader dat nieuwe paniekaanvallen het gevolg waren. De mededeling van haar tandarts dat een ontstoken kies in een enkel geval tot hartklachten kon leiden bracht een reeks paniekaanvallen op gang.

Anderhalve maand na haar heraanmelding durfde Cindy 's avonds niet meer alleen thuis te zijn.

Waar moest zij heen? Zij wilde naar Tom en Marloes, maar dezen voelden hier niet veel voor.

Een gesprek met Cindy en Tom moest de oplossing brengen. Tom bleek een man in wie de Schepper slechts weinig gevoel voor nuance en mededogen had aangebracht. Hij wist precies wat Cindy mankeerde: hyperventilatie en zelfmedelijken. Zijn psycholoog had hem keihard aangepakt en zo diende het ook met Cindy te geschieden. Tom had panieklachten gekregen wanneer het onderwerp hart of het onderwerp ouders ter sprake kwam, maar door rigoureuze ademhalingsoefeningen was hij zijn moeilijkheden de baas geworden. Hij was, zo voelde hij, nu precies als zijn vader: een *man*.

Toch lukte het om Cindy tijdelijk bij Tom en Marloes onder te brengen. Zij voelde zich bij hen iets veiliger dan wanneer ze alleen was, maar prettig was het niet. Terwijl zij geplaagd werd door magische gedachten als 'Wanneer ik over hartziekten lees ga ik dood', 'Om acht uur ga ik dood', 'Als ik lelijke dingen over m'n vader denk ga ik dood', 'Als ik over vroeger schrijf ga ik dood', 'Als ik geen hartaanval krijg, krijg ik de ziekte van mijn moeder', drong Tom erop aan dat zij harder zou worden. Bovendien, zo zei hij, had hijzelf ook recht op 'privacy', en hij zou het op prijs stellen wanneer zij 's avonds naar haar eigen huis zou gaan. Bij haar afhankelijkheid van haar broer voegde zich woede: toen hij paniekaanvallen had deed hij aanhoudend een beroep op haar, maar nu zij door dezelfde kwaal getroffen werd wist hij niet hoe snel hij zich van haar moest distantiëren. Cindy leed niet alleen aan paniekaanvallen en obsessies, maar ook aan dwanghandelingen: zoveel keer het licht aan en uit doen betekende dat ze zou blijven leven; de deur vijfmaal sluiten had hetzelfde doel.

Dat zij aan hyperventilatie-aanvallen zou lijden geloofde zij inmiddels niet meer, behalve misschien tijdens de veilige zittingen bij de therapeut. Iedereen, ook huisarts en cardioloog, had bij haar vader de tekenen van zijn naderende dood miskend, dus waarom zou men het bij haar wel bij het juiste eind hebben? Haar broer moest erkennen dat zij 'het' zwaarder te pakken had dan hij indertijd, maar dit inzicht leidde niet tot een vergroting van zijn inschikkelijkheid.

Drie maanden na de heraanmelding stelde de therapeut Cindy voor toch eens een tablet oxazepam (Seresta) van 10 mg te gebruiken. Na het innemen van dit middel kreeg zij een paniekaanval die vijf à zes uur aanhield, mede doordat zij vreesde dat de eventueel

De langdurige behandeling van een jonge vrouw met paniekaanvallen en obsessies, omringd door botte mensen

optredende ontspanning die de therapeut haar in het vooruitzicht had gesteld de kans op plotseling overlijden zou vergroten.

Tom en Marloes verbonden nu een zware voorwaarde aan de voortzetting van de logeerpartij: Cindy mocht alleen bij hen in huis blijven wanneer haar behandelaar haar zou laten opnemen.

Om verdere spanningen te vermijden werd afgesproken dat Cindy naar haar logeerkamer zou gaan zodra haar klachten 'te erg' zouden worden (dat wil zeggen wanneer zij de klachten op een tien-puntsschaal met een cijfer boven de vijf zou waarderen). Hier zou zij ademhalingsoefeningen doen en eventueel schrijven. Uit mijn aantekeningen maak ik op dat bij de totstandkoming van dit voorstel gedachten over 'ziektewinst' en 'bekrachtiging' een rol hebben gespeeld. Inmiddels leed het geen twijfel dat zich bij Cindy een aantal (vitaal-)depressieve verschijnselen ontwikkelden:

- de inhoud van haar gedachtengang was somber, maar dit is natuurlijk altijd het geval bij mensen die vrezende ineen dood te gaan;
- er waren schuldgevoelens, vooral tegenover haar vader;
- zij had een doorslaapstoornis en werd 's morgens veel te vroeg wakker;
- haar eetlust was verdwenen en als gevolg daarvan was zij in één maand vier kilo afgevallen;
- er was weliswaar geen klassieke dagschommeling – tegen achten 's avonds waren haar klachten immers het ernstigst – maar 's morgens voelde zij zich aanzienlijk naarder dan 's middags, en wanneer het 's avonds eenmaal negen uur was voelde zij zich vaak beter;
- de tijd duurde in haar beleving veel langer dan vroeger.

Het voorstel amytryptiline (Tryptizol) te gebruiken, een middel dat indertijd bij uitstek geschikt geacht werd voor de behandeling van depressies met angst, stuitte op grote bezwaren, die nog ernstiger werden nadat zij de bijsluiter had geraadpleegd. Ook van Tryptizol vreesde zij een hartaanval te krijgen.

Drie maanden na de heraanmelding was Cindy niet alleen angstig en depressief, maar ook wanhopig. Haar broer had haar de deur uitgezet, mede op instigatie van hun grootmoeder, dezelfde die Cindy er al eerder van had beschuldigd dat zij haar vader had vermoord. Ditmaal meende grootmoeder dat Cindy Tom tot overspanning en wellicht een hartinfarct zou drijven wanneer ze langer bij hem zou blijven logeren: 'Je hebt hem (Tom) al genoeg verdriet gedaan.' Ook verweet grootmoeder Cindy het graf van haar ouders te verwaarlozen. Haar tegenwerping dat ze niet naar het graf durfde werd als 'zelfmedelijden' en 'aanstellerij' afgedaan. 'Ik wou dat ik nog eens te horen zou krijgen dat m'n vader me waardeerde', zei Cindy huilend, en: 'Nooit heeft iemand gezegd dat ik m'n best heb gedaan.' Omdat de therapeut vond dat het inderdaad hoog tijd werd dat iemand zoiets tegen haar zou zeggen, deed hij het zelf.

Cindy's angsten breidden zich verder uit. 'Is mijn moeder niet levend begraven?', vroeg zij zich af, 'Zou Tom door mij geen infarct krijgen?', 'Kan ik niet plotseling uit het raam springen?'

Kort hierna deden zich ontwikkelingen voor die enige hoop gaven. De eerste was dat na veel gebed en gezoek van de therapeut een tante Miep bereid bleek Cindy voorlopig in huis te nemen; de tweede dat zich een overwegend prettige liefdesrelatie ontwikkelde

met een (gehuwde) collega; de derde dat als gevolg van de onaangename bejegening door Tom en Marloes Cindy's avonds toch maar liever alleen was dan bij hen. Zij betrok wel een woning in de buurt van haar broer en schoonzuster.

De logeerpartij bij tante Miep kon maar kort duren omdat de echtgenoot van deze vrouw, oom Bob, Cindy's nachts kwam betasten. Vervolgens nam de therapeut contact op met een andere tante, tante An, die graag bereid was Cindy te ontvangen, maar Cindy durfde van dit aanbod geen gebruik te maken omdat haar vader vlak voor zijn dood nog bij tante An geweest was. Een bezoek aan tante An zou haar dood kunnen verhaasten.

Dergelijke magische gedachten bepaalden in toenemende mate Cindy's leven. Zij at bijvoorbeeld nooit een karbonade met gebakken aardappelen, want deze combinatie had haar vader vlak voor zijn verscheiden tot zich genomen. Ze durfde op vrijdagmiddag haar werkzaamheden – het opmaken van de kas – niet te voltooiën, want dit zou betekenen dat zij klaar was om dood te gaan. De opdracht om de kas wel op te maken en vervolgens naar huis te gaan leverde enkele weekenden met angst op, maar het advies om de gedachten aan een naderende dood als gevolg van het afsluiten van de kas enige tijd vast te houden hielp haar deze moeilijkheid minder kwellend te maken.

Omdat het voorstel om bij een bepaalde dwangklacht responspreventie en exposure toe te passen vooral resulteerde in de vorming van vele nieuwe neutraliserende cognitieve rituelen en dwanghandelingen, werd op zeker moment besloten de klachten te bestrijden met het 'te-veel-en-te-weinig'-programma (dit wil zeggen: naarmate zij meer klachten zou hebben zou zij meer nuttige activiteiten uitvoeren; zie De Haan, Hoogduin & De Jong, 1989). Dankzij dit programma ging zij onder meer naailessen volgen.

Hoewel niet godsdienstig, had Cindy het idee dat haar ouders haar ergens vanuit het heelal goed in de gaten hielden. Speciaal haar vader zou erop toezien dat zij haar verplichtingen jegens haar ouders stipt zou nakomen. Het vergeten van de sterfdag van haar moeder, een jaar na de heraanmelding, en minder eerbiedige gedachten over haar vader – niet zo vreemd gezien de manier waarop hij zich gedragen had – leidden tot nieuwe paniek omdat zij zijn wraak vreesde. Het spreekt vermoedelijk wel vanzelf dat het bespreken van ambivalente gevoelens jegens de overledene, zo vaak aanbevolen in publikaties over rouwtherapie, voor Cindy taboe was: op meer paniek zat niemand te wachten.

Diverse symbolen herinnerden Cindy aan haar ouders: een ingelijst boeket met de bloemen die indertijd in de handen van haar overleden moeder gelegd waren, een foto van haar vader, een foto van haar ouders samen en een foto van haar ouders met Belinda. Deze herinneringen hingen her en der in huis, en omdat Cindy er niet naar durfde te kijken – de lezer begrijpt intussen wel waarom – liep ze vrijwel voortdurend met neergeslagen blik door haar huis. De therapeut stelde Cindy voor deze voorwerpen bij elkaar te zetten op een kastje in een zijkamer. Zo zou als het ware een altaar ontstaan waar Cindy, wanneer ze dat zou willen, zich zou kunnen terugtrekken om te mediteren. 'Voorouderverering mag in onze samenleving ongewoon zijn, tweederde van de mensheid doet eraan, dus waarom zou je je daar niet bij aansluiten?', luidde het argument. Cindy maakte inderdaad een soort altaar. Zij plaatste een vaas bloemen voor de foto van haar vader op diens sterfdag, maar durfde niet goed naar de foto te

De langdurige behandeling van een jonge vrouw met paniekaanvallen en obsessies, omringd door botte mensen

kijken, want zij had het idee dat uit zijn ogen woede sprak; bovendien stonken de bloemen net zoals de bloemen bij zijn begrafenis gestonken hadden.

De verstandhouding met haar vriend ontwikkelde zich niet geheel naar wens. Met het gegeven dat hij bij zijn vrouw wilde blijven had zij weinig moeite, maar het feit dat hij voor haar zo weinig tijd wilde vrijmaken gaf regelmatig aanleiding tot jaloezie.

De volgende drie jaar ging het soms een tijdje aardig, dan weer slecht. Aanleiding voor nieuwe paniekaanvallen waren onder meer: het zien van een film over kinderen die hun ouders verloren hadden, verwijten van oma over het verwaarlozen van het graf, het scheef hangen van een foto boven het 'altaar', het lezen van overlijdensadvertenties, fantasieën over de mogelijkheid dat zij levend begraven zou kunnen worden, zich in de steek gelatgen voelen door haar ouders, het plaatsen van bloemen bij het 'altaar' (dit zou kunnen betekenen: 'Ik kom eraan'), hartklachten van Tom (diens paniekaanvallen waren in oude hevigheid teruggekeerd), het overlijden van een buurman van vrienden, een hartaanval van haar grootvader (grootmoeder: 'Als hij doodgaat kom jij bij mij wonen!'), de angst helderziende te zijn (zij meende bij het kijken naar detectives op de televisie steeds van tevoren te weten wie de dader was; de opdracht om enkele weken lang van tevoren te noteren wie volgens haar de moord op zijn geweten had leerde dat ze slechts bij hoge uitzondering goed geraden had), warme avonden (haar vader ging op een warme avond dood).

Aardiger ontwikkelingen waren dat zij vriendschap sloot met haar nieuwe burens, dat zij naast haar naailes pianoles ging volgen, dat zij leerde alleen te zijn, dat zij damesromans ging lezen om zich te ontspannen (in damesromans loopt alles immers goed af), dat zij tante Miep nog eens bezocht (zoals verwacht trachtte oom Bob haar in de gang te betasten, maar zij duwde hem van zich af), dat de foto van vader soms een lachende uitdrukking had en dat zij lol maakte met een vriendin.

Therapie 2: medicatie

Vier jaar na de heraanmelding werd Cindy voorgesteld te onderzoeken of het antidepressivum fluvoxamine (Fevarin) haar zou kunnen helpen. Het nut van de zogenoemde serotonineheropnameremmers bij paniekaanvallen was inmiddels lang en breed gedocumenteerd, maar ze werden in directief- en gedragstherapeutisch georiënteerde instituten niet vaak voorgeschreven. Het voorstel werd begeleid door uitgebreide inlichtingen over de mogelijke voordelen en de mogelijke bijwerkingen. Het middel had reeds bij een dosering van 50 mg per dag een treurig effect. Cindy werd niet een beetje misselijk, wat de patiënt die fluvoxamine gaat gebruiken mag verwachten, maar zij moest zo vaak achtereen braken dat besloten werd het experiment meteen te staken. Pas een halfjaar later durfde Cindy weer een proef met een antidepressivum aan.

Zij werd (wellicht overdreven) voorzichtig ingesteld op clomipramine (Anafranil). Begonnen werd met 10 mg per dag, drie maanden later kreeg zij 75 mg per dag. Bij deze dosering rapporteerde zij een vermindering van de paniekaanvallen, maar een substantiële verbetering werd pas bereikt toen zij 150 mg gebruikte. (Bij spiegelcontrole bleek dit ook een adequate dosis te zijn.) De (vitaal-)depressieve kenmerken die hierboven genoemd werden verdwenen. Zij had gemiddeld twee paniekaanvallen per

week in plaats van twee per dag, zoals voorheen gebruikelijk was; in de loop van weer drie maanden nam het aantal geleidelijk af tot gemiddeld één paniekaanval per twee weken. Het gebruik van het middel had als nadeel dat zij het snel warm had en hinderlijk transpireerde.

Het resultaat van het gebruik van clomipramine werd hier overigens te globaal beschreven. Het is niet juist om te zeggen dat de paniekaanvallen ineens integraal wegbleven. Zij had bij geringe aanleidingen nog steeds 'catastrofale' of 'catastroferende' gedachten, die ze betrekkelijk gemakkelijk kon 'wegschuiven', maar ook wanneer ze deze niet 'wegschooft' leidden ze niet tot de lichamelijke symptomen die de paniekaanval kenmerken en evenmin tot paniek. Het was 'alsof de angst niet wilde doorzetten'.

Aansluitend volgde een periode van vier maanden waarin zij geen paniekaanvallen had, wat niet wegnam dat zij bijvoorbeeld de hartstilstand van de vader van een vriendin als aankondiging van haar eigen naderende dood interpreteerde. Ook waren er nog dwanghandelingen. (Ja, in de veilige kamer van de therapeut vond ze het ook allemaal onzin.)

Zij durfde in deze periode de foto's van haar ouders te verwijderen toen het kamertje met het altaar een nieuw behangetje nodig had. Ze ging Frans studeren, vond het prettig om alleen te zijn, ontwikkelde verstandiger manieren om met haar eigenwijze broer om te gaan en bleek liever minnares dan echtgenote te zijn.

Een recidief volgde toen zij op een warme zomeravond ontspannen lag te lezen. 'Ik voel me ontspannen', had ze gedacht en vervolgens was ze geschrokken: 'Dat betekent dat ik zomaar dood kan gaan zonder dat ik het voel aankomen!' Was haar vader niet ook op een warme zomeravond overleden?

De therapeut kwam in dit stadium met een schema voor den dag dat veel therapeuten indertijd voor hun patiënten zullen hebben getekend. 't Zag er zo uit: (a) warmte, doodsbbericht in de krant (of iets dergelijks); (b) angstige gedachten; (c) versnelde en verdiepte ademhaling; (d) lichamelijke klachten; (e) paniek. Bij (b) en (c) zou Cindy zelf kunnen ingrijpen: wat nuchterder denken en/of gewoon blijven ademen.

Het raadplegen van dit schema hielp. De zelfbedachte correctie op haar 'catastroferende' gedachten was: 'Als het moet dan moet het.'

Aansluitend volgde weer een lange periode waarin zij zich met clomipramine en haar schema goed kon redden. Met enige schroom durfde zij over het verleden te praten – reden voor de schroom: vlak voor zijn dood praatte haar vader ook over vroeger ... – over het gevoel gefaald te hebben omdat het haar niet was gelukt haar vader te reanimeren en over het gemis van haar moeder. Nog steeds had zij de gedachte dat haar ouders haar observeerden, maar in plaats van wraakzuchtig zou haar vader nu beschdermend naar haar kijken.

Na twee jaar clomipramine gebruikt te hebben deed zich een vrij zeldzame bijwerking voor: galactorrhoea ofwel melkafscheiding.

Halvering van de dosering leverde slechts een geringe vermindering van dit nare verschijnsel op, waarop besloten werd de clomipramine door 75 mg imipramine

(Tofranil) per dag te vervnagen, in de hoop dat de galactorrhoea bij dit middel zou wegblijven en dat effect op de paniekaanvallen gelijk zou zijn aan dat van clomipramine. De eerste verwachting kwam uit, de tweede jammer genoeg niet (zie ook het overzicht van Nolen & Moleman, 1991, waaruit duidelijk wordt dat imipramine als middel tegen angst het moet afleggen tegen clomipramin ). Ook de (vitaal-)depressieve verschijnselen keerden terug.

Toen de dosering tot 150 mg imipramine verhoogd was verdween de depressie gelukkig weer. Zonder dat in de behandeling enige voorbereiding had plaatsgevonden bezocht Cindy het graf van haar ouders. Bij de dood van haar grootvader bleek zij in staat de begrafenis bij te wonen en wederom het graf van haar ouders te bezoeken.

Toch kwam de angst terug, soms in de vorm van gespannenheid en een 'bijna-paniek'-gevoel, soms in de vorm van paniekaanvallen.

Om Cindy verder te helpen werd haar de volgende keuze voorgelegd: (1) exposure, ofwel blootstelling aan haar magische gedachten en de lichamelijke sensaties, (2) cognitieve therapie, dat wil zeggen de 'uitdaging' van haar overvloedige 'dysfunctionele', in elk geval niet tot geluk leidende gedachten, en (3) farmacotherapie. Mogelijk mede dankzij de gunstige resultaten van de behandeling met clomipramine en de zware belasting die haar bij de keuze voor (1) of (2) te wachten zou staan koos Cindy voor het derde alternatief. Zij kreeg fluoxetine (Prozac), niet meteen de standaarddosering van 20 mg, maar om te beginnen 5 mg per dag. (Patiënten met een paniekstoornis raken vaak geagiteerd wanneer zij meteen 20 mg toegediend krijgen; vandaar Liebowitz' advies om met 5 mg te beginnen; Liebowitz, 1989. Wie deze raad wil volgen moet wel speciaal aan de apotheek vragen capsules van 5 mg te maken.) Toen zij na enkele weken 20 mg gebruikte namen de paniekaanvallen belangrijk af en konden Cindy en haar behandelaar elkaar met dit nieuwe succes feliciteren. Het geluk bleek van korte duur: Cindy kreeg huiduitslag – een roodachtig eczeem – en zeer hinderlijke jeuk, en het gebruik van fluoxetine diende gestaakt te worden. Toen enige weken later het middel paroxetine (Seroxat) alleen agitatie bleek te veroorzaken en de paniekaanvallen vrije doorgang bood werd verder van het gebruik van serotonineheropnameremmers afgezien.

Cindy werd het krachtige, effectieve, maar ook tot afhankelijkheid leidende benzodiazepine alprazolam (Xanax) voorgeschreven. Haar angsten verminderden inderdaad, maar op de depressie had het middel weinig en op de obsessieve symptomen helemaal geen invloed.

Dertien jaar na de kennismaking werd besloten te proberen om met steun, cognitieve therapie, exposure, en gesprekken om de ingrijpende gebeurtenissen uit het verleden te verwerken, alsnog een beter resultaat te verkrijgen.

Discussie

1. Deze beschrijving van een patiënte met paniekaanvallen laat zien dat de aanvallen niet zomaar aan een onhandige manier van ademen konden worden toegeschreven. Haar panieklachten waren nauw gerelateerd aan depressieve verschijnselen, hypochondrie en de symptomen die bij overige angststoornissen worden vastgesteld.

De casus kan als een klinische illustratie gezien worden van de bevinding van Spinhoven, Onstein, Sterk en Le Haen-Versteijnen (1992) elders in dit nummer, namelijk dat de symptoomherkenning bij een verdiepte en versnelde ademhaling vooral samenhangt met angstdispositie en depressiviteit. Ook bleek bij deze patiënte dat cognitieve processen niet alleen een belangrijke rol speelden bij het ontstaan van de aanvallen maar ook bij het 'catastrofaal' interpreteren van de lichamelijke klachten die bij een geringe afwijking in het ademhalingspatroon ontstonden (zie Spinhoven, Onstein, Sterk & Le Haen-Versteijnen, 1992; Van den Hout, Hoekstra, Arntz, 1992).

2. De beschreven patiënte vertoonde de kenmerken van een depressie in engere zin, van een paniekstoornis, van een obsessiefcompulsieve stoornis, van een posttraumatische stress-stoornis, van een algemene angststoornis en van hypochondrie, maar dit betekent natuurlijk niet dat zij aan zes volkomen verschillende ziekten leed. Volgens de hiërarchie die aan DSM-III-R ten grondslag ligt zou de depressie de belangrijkste stoornis genoemd moeten worden. De paniekaanvallen, de obsessief-compulsieve klachten, de algemene angstklachten en de hypochondrie zouden eventueel als onderdelen van de depressie gezien kunnen worden.

Maar misschien is de hiërarchie van DSM-III-R niet altijd juist en moet de angst soms hoger geplaatst worden: het is moeilijk je iemand voor te stellen die aanhoudend door paniekaanvallen en angst voor de dood wordt geplaagd, en deze klachten weet te combineren met een prima humeur, een positieve toekomstverwachting en een gezonde eetlust.

In de medicamenteuze behandeling viel op dat imipramine een goed effect had op de depressieve klachten, en een matig effect op de paniek. Clomipramine en fluoxetine hadden zowel op de depressie als op de paniek een goed effect, wat doet vermoeden dat deze middelen een biologische ontregeling corrigeren die zowel aan depressie als aan paniek ten grondslag ligt. Met alprazolam werd een bevredigende vermindering van de panieklachten bereikt, maar de depressieve verschijnselen werden er niet door beïnvloed.

De obsessief-compulsieve klachten, de herinneringen aan de vreselijke gebeurtenissen die onze patiënte had meegemaakt en de hypochondrie werden met behulp van de gebruikte medicatie maar heel matig beïnvloed.

De vraag kan gesteld worden wanneer een patiënt met deze klachten medicamenteus behandeld moet worden. Mijn enigszins flauwe antwoord is: wanneer de angst zo sterk is dat men er met psychotherapeutische interventies geen vat op krijgt. Misschien was het anderen wel gelukt om met cognitief-therapeutische maatregelen, respons-preventie en exposure een fraai resultaat te bereiken, mij lukte het niet, mogelijk ook omdat ik het als wreed zou ervaren om bij iemand die zo bang is de paniek nog wat op te voeren. Het leek mij dat zij eerder een gevoel van veiligheid nodig had, desnoods veiligheid door vermijding.

3. Uit de beschrijving van Cindy's levensomstandigheden is duidelijk geworden dat zij ten minste ambivalente gevoelens had tegenover haar vader. Zij wilde dat hij haar met genegenheid zou bejegenen, maar in plaats daarvan verwaarloosde hij haar, wat haar met woede en jaloezie vervulde. Het is aannemelijk dat zij de dood van haar vader via magisch denken als een straf voor haar opstandige gevoelens heeft ervaren, zoals kleine

De langdurige behandeling van een jonge vrouw met paniekaanvallen en obsessies, omringd door botte mensen

kinderen de ziekte van hun moeder kunnen zien als straf voor hun ondeugendheid. Cindy's vader was er de man niet naar om ambivalente gevoelens in een sfeer van redelijkheid te bespreken en haar gerust te stellen. Na zijn dood had het zelfs geen zin meer om te hopen dat dit ooit mogelijk zou zijn. Het enige wat zij kon vrezen was zijn wraak. Misschien vormde het persisterende magisch denken wel de belangrijkste barrière voor beïnvloeding met min of meer rationele interventies.

Referenties

- Haan, E. de, Hoogduin, C.A.L., Jong, P. de (1989). Geleidelijke exposure bij fobische klachten. In: Velden, K. van der (red.), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hout, M.A. van den, Hoekstra R. & Arntz, A. (1992). Hyperventilatie is niet specifiek voor paniekpatiënten. *Directieve therapie*, 12, 288-195.
- Liebowitz, M.R. (1989). Antidepressants in Panic Disorders, *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 6), 46-12.
- Nolen, W.A. & Moleman, P. (1991). Biologische therapievormen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (red.), *Handboek psychopathologie, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oudshoorn, D.N. (1992). *Hardnekkige enuresis nocturna*. Academisch proefschrift, Utrecht.
- Spinhoven, P., Onstein, E.J., Sterk, P.J. & Le Haen-Versteijnen (1992). De hyperventilatieprovocatietest: een invalide test voor een onhoudbaar begrip? *Directieve therapie*, 12, 275-187.