



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

Nawoord

Richard van Dyck en Marcel van den Hout

Stel, waarde lezer, dat morgen een patiënt bij u binnenwandelt en zegt: 'Ik heb last van aanvallen van benauwdheid, duizeligheid, hartkloppingen en beven. Ik was bang dat het aan mijn hart lag, maar mijn huisarts heeft me onderzocht en uitgelegd dat het hyperventilatie is. Hij heeft een folder gegeven en daar kon ik mijn klachten precies in nalezen, en het klopt helemaal. Hij heeft me naar u verwezen omdat u me kunt leren te ademen zoals het moet.' Wat gaat u doen? U zou natuurlijk kunnen uitleggen dat blijkens het laatste onderzoek, waarover u net hebt gelezen in het themanummer van Dth, het niet zeer waarschijnlijk is dat hyperventilatie verantwoordelijk moet geacht worden voor de angstaanvallen, maar dat de therapie die op dat idee gebaseerd is toch wel werkt. Dat zal waarschijnlijk vreemd overkomen, al is het, wetenschappelijk gesproken, correct.

Maar bent u nog wel een integere behandelaar als u soepel 'invoegt' bij het hyperventilatiemodel van de patiënt en zijn huisarts, of gaat dit op een bedenkelijke manier de richting uit van kwakzalverij en misleiding? Wie zich de resultaten van wetenschappelijk onderzoek aantrekt heeft in de psychotherapie vaker met dit soort dilemma's te maken. Veel veronderstellingen die aannemelijk en verhelderend lijken, zijn niet onderbouwd, niet onderzocht, of voor zover onderzocht, geheel of gedeeltelijk weerlegd. Vandaar misschien dat bij veel psychotherapeuten onderzoek niet zo populair is: het betekent vaak dat er zand in de raderen komt. Effectonderzoek geeft nogal eens als uitkomst dat er tussen de twee onderzochte methodes geen verschil kon worden gevonden, wat niet altijd erg is, maar 'lood om oud ijzer' is niet een motto dat inspirerend werkt. Toch zijn er inmiddels aardig wat behandelprocedures, met name voor angststoornissen, waarvan goed is gedocumenteerd dat ze het placeboeffect ruimschoots overtreffen, meer effect sorteren dan wat als het algemene therapie-effect beschouwd kan worden en bovendien gunstig afsteken bij de resultaten van medicamenteuze therapie (vgl. Andrews, 1991). Het effectonderzoek biedt dus al regelmatig reden om te denken dat het vak psychotherapie zich in de gewenste richting aan het ontwikkelen is. Het onderzoek naar de validiteit van de modellen die gehanteerd worden, geeft echter minder vaak aanleiding tot het gevoel dat we al een goed eind gevorderd zijn op weg naar wetenschappelijk onderbouwde interventies die aangrijpen op de specifieke psychopathologische mechanismen die in het geding zijn. Neem het hyperventilatiemodel bij paniek. Het is klinisch bruikbaar en conceptueel elegant. Toch is de validiteit van het model ondergraven – door onderzoek.

Voor we onze mening geven over de vraag wat de beste benadering zou zijn van de bovengenoemde patiënt, nog twee meer algemene opmerkingen. Ten eerste: zonder het onderzoek naar de validiteit van de gebruikte modellen blijft psychotherapie een vorm van retoriek en niet meer dan dat. Als we bedenken dat psychopathologie een jonge wetenschap is, valt overigens wel te leven met de constatering dat veel gangbare modellen nog bijgesteld moeten worden. Het zou ook goed zijn dat dit besef meer zou doordringen tot de opleidingsprogramma's voor psychotherapeuten, want daar blijken niet een kritische geest en actuele kennis, maar het verzamelen van uren in nabijheid van een erkende opleider de garantie te geven voor degelijkheid. Ten tweede: soms wordt gedacht dat laboratoriumonderzoek niet relevant zou zijn voor psychotherapie. Deze negatieve reputatie is vooral te wijten aan studies in de Verenigde Staten, die werden uitgevoerd bij studenten zonder enige noemenswaardige pathologie, bij wie

dan bevindingen werden gedaan die zonder schroom naar de pathologische populaties werden geëxtrapoleerd. Dit themanummer geeft echter tal van voorbeelden van zeer relevant laboratoriumonderzoek. Op dergelijk onderzoek bij 'echte' patiënten moeten we onze hoop op toename van kennis over psychopathologische mechanismen vestigen.

Wat zouden we inmiddels onze patiënt het beste kunnen adviseren voor zijn aanvallen van hyperventilatie? Het lijkt niet meer zinvol om hem een hyperventilatie-provocatietest voor te stellen, want de uitslag hiervan zegt niets over de aanwezigheid van het syndroom. Bovendien heeft de uitslag geen invloed op het therapieresultaat, zoals nog eens is bevestigd in een recente studie van De Valck et al. (1992). Welk ander onderzoek is wel van belang? Een aantal lichamelijke aandoeningen kan gepaard gaan met de symptomen van een paniekaanval of die daar sterk op lijken: dit is onder andere bekend van angina pectoris, hyperthyreoïdie, hypothyreoïdie, hypoglycemie en feochromocytoom. Over het algemeen zullen er nog andere aanwijzingen in de richting van deze aandoeningen zijn die aanleiding vormen om meer specifieke tests uit te voeren. Het eventueel uitblijven van verbetering na een adequate therapie moet verder reden zijn om mogelijke organische oorzaken opnieuw te overwegen. Ook onthoudingsverschijnselen van alcohol of benzodiazepines of overmatig gebruik van cafeïne of marihuana kunnen leiden tot de klachten van de paniekstoornis. Verder is van belang om na te gaan of er van een depressie sprake is en of het voor agorafobie typische patroon van vermijding bestaat. Ook alcoholisme is een complicatie die moet overwogen worden, en sociale fobie komt niet zelden voor in combinatie met paniek en agorafobie.

Stel dat geen van deze mogelijkheden van toepassing is en we te maken hebben met een patiënt met een 'zuivere' paniekstoornis. Een zekere toename van stress in de periode voorafgaand aan het begin van de symptomen zou daarbij passen, maar dit is vaak een moeilijk criterium, want stressvrij leven lijkt in deze tijd niet meer voor te komen. Ook is te verwachten dat de patiënt een overmatige ongerustheid vertoont over verschijnselen van lichamelijke activering of 'arousal' en de neiging heeft die als verontrustend of 'catastrofaal' te interpreteren. Dit psychologische kenmerk is van groot belang en biedt een goed aanknopingspunt voor behandeling.

Wat is dan het meest aangewezen therapeutische beleid? Volgens de huidige kennis komen psychologische interventies in de eerste plaats in aanmerking, zowel vanwege de omvang van het effect als vanwege hun duurzaamheid. De psychologische interventie kan bestaan uit een cognitieve therapie volgens het model van Clark en Salkovskis, die weliswaar tijdrovend is en een aparte training van de therapeut vereist, maar waarvan wel een hoog succespercentage wordt gemeld. Of ze kan op een meer informele manier zijn samengesteld uit ontspanningsoefeningen, ademhalingstraining, cognitieve herstructurering en stressmanagement, waarvan het succes meer variabel is. In beide strategieën zou vrijwillige hyperventilatie, als methode om exposure aan de gevreesde symptomen te bereiken, een plaats kunnen hebben. Het lijkt niet erg zinvol om met een patiënt die meent dat zijn klachten aan hyperventilatie toe te schrijven zijn in discussie te gaan. In plaats van het model te bestrijden, kan het beter aangevuld worden: de 'catastrofale' gedachten spelen een belangrijke rol bij het onderhouden van de klachten en meerdere aanleidingen tot autonome activering kunnen het proces op gang brengen, ook zonder dat het adempatroon sterk verandert. Gezien het bovenstaande valt de term 'paniekstoornis' wel te verkiezen boven

'hyperventilatiesyndroom', want deze laatste naamgeving verwijst naar een etiologische opvatting die niet goed houdbaar meer is.

Opmerkelijk bij deze stand van zaken is wel dat de rationale achter de psychologische therapie van het 'hyperventilatiesyndroom' duidelijk verandert, maar dat de klinische praktijk niet zo ingrijpend moet worden aangepast. De bekende psychologische interventies kunnen nog steeds worden toegepast.

Tevens zijn er farmacotherapeutische mogelijkheden voor de behandeling van paniek: van verschillende antidepressiva zoals imipramine, clomipramine en fluvoxamine is gedocumenteerd dat ze werkzaam zijn bij het bestrijden van paniekaanvallen, ook als de patiënt niet depressief is. Het therapeutisch effect treedt echter pas na enkele weken op en nogal wat patiënten staken de behandeling met psychofarmaca vanwege vervelende bijwerkingen. Na het stopzetten van de therapie zijn er veel recidieven. Of de combinatie van psychologische interventies en psychofarmaca op de korte en de lange termijn voordelen heeft op de afzonderlijke behandelingen is nog in onderzoek. Een speciaal geval is het benzodiazepine alprazolam: het heeft al meteen een gunstig effect op de paniekaanvallen, maar het percentage recidieven na staken van het middel is nog hoger dan na het staken van antidepressiva. Het lijkt alleen te overwegen als de andere methoden niet afdoende zijn, of in een inleidende fase, als heel snel angstreductie bereikt moet worden.

Referenties

- Andrews, G. (1990). The diagnosis and management of pathological anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 152, 656-159.
- Valck, C. de, Bergh, O. van den, Woestijne, K. P. van de (1992). De prognostische waarde van de provocatietest en evaluatie van ademhalingstherapie bij patiënten met hyperventilatieklachten. *Gedragstherapie*, 25, 3-15.