



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

Een zoekschema voor de diagnostiek en behandeling van agorafobie

Kees Korrelboom, Bobby Kernkamp, Kees Hoogduin en Walter Arts*

Samenvatting

Er wordt een zoekschema beschreven dat handig kan zijn bij de taxatie en behandeling van fobische klachten. De mogelijke rol van verschillende begrippen en concepten uit de experimentele psychologie komen daarbij aan de orde. Cognitieve representaties, inhibitie en excitatie, 'occasionsetters' en sequentiële- en referentiële conditionering worden besproken en toegelicht aan de hand van enkele gevalbeschrijvingen.

Inleiding

In de gedragstherapie van paniekstoornis met agorafobie neemt exposure in vivo een centrale plaats in. Het is echter onwaarschijnlijk dat met deze methode alleen kan worden volstaan (Michelson & Marchione, 1991).

De laatste tijd is de belangstelling voor het aspect paniek toegenomen in de bestudering van agorafobie. Dit blijkt onder meer uit de naamgeving in de DSM-III-R (APA, 1987). Agorafobie wordt daar beschouwd als een gecompliceerde paniekstoornis (Barlow, 1988). Of deze nieuwe benadering gevolgen moet hebben voor de behandeling is nog onduidelijk. Een training in 'paniekmanagement' zou mogelijk de effectiviteit van exposure in vivo kunnen verhogen (Bonn et al., 1984). In een pilot study bleek dit echter niet het geval (Korrelboom et al., 1992). Dit stemt overeen met andere bevindingen (De Ruiter et al., 1989). In beide onderzoeken bestond 'paniekmanagement' uit het leren beheersen van hyperventilatie.

Tegenwoordig twijfelt men sterk aan de veronderstelde relatie tussen hyperventilatie en paniek (Garssen et al., 1992). Of andere psychologische interventies ten aanzien van paniek de effectiviteit van exposurebehandelingen kunnen verhogen kan nog niet worden uitgemaakt (Barlow, 1988; Emmelkamp et al., 1989).

In dit artikel worden enkele bedenkingen naar voren gebracht met betrekking tot exposure in vivo. Daarbij wordt ingegaan op het mechanisme dat mogelijk aan de werkzaamheid van deze interventie ten grondslag ligt. Er wordt aansluiting gezocht bij de huidige inzichten in de experimentele psychologie. Mogelijke consequenties voor de behandeling worden besproken en toegelicht aan de hand van vier gevalbesprekingen.

* C. W. KORRELBOOM (1951) is gedragstherapeut en psychotherapeut bij het RIAGG Westhage, Den Haag.
J. H. B. KERNKAMP (1950) is gedragstherapeut en psychotherapeut bij het RIAGG Zuidhage, Den Haag.
DR. C. A. L. HOOGDUIN (1942) is hoogleraar psychopathologie KUN en hoofd van de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.
W. ARTS is psycholoog bij de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.

Exposure in vivo; effecten en theoretische overwegingen

Drop-outs buiten beschouwing gelaten, is zestig tot zeventig procent van de exposure-behandelingen bij agorafobie succesvol (Barlow, 1988). Emmelkamp signaleert een 'sterke verbetering' bij zeventig tot tachtig procent van de patiënten na een behandeling met exposure (Emmelkamp et al., 1990). Deze cijfers impliceren dat 20-40 procent van de patiënten onvoldoende verbetert. Bij een heranalyse van elf eerder gepubliceerde studies over de effecten van exposure in vivo bij agorafobie bleek dat 27 procent van de patiënten min of meer klachtenvrij kon worden ontslagen (Jacobson et al., 1988). Bij McPherson (1980) was 18 procent van de patiënten bij follow-up vrij van symptomen.

De criteria voor verbetering kunnen per auteur verschillen (Hallam, 1985). Verschillen bestaan ook ten aanzien van de uitvoering van exposure in vivo. Meestal spreekt men van blootstelling aan angstwekkende situaties. Het is echter niet steeds duidelijk of confrontatie met die situaties volstaat, of dat het ervaren van angst tijdens exposure cruciaal is. In sommige programma's mogen patiënten de exposure onderbreken wanneer de angst te hoog oploopt (Emmelkamp et al., 1989), elders moeten zij in de gevreesde situatie blijven totdat de angst is afgenomen (Mathews et al., 1977).

Deze onduidelijkheid hangt gedeeltelijk samen met het theoretisch model waarvan, al dan niet expliciet, wordt uitgegaan. De gedragstherapie komt voort uit de behavioristisch georiënteerde leerpsychologie. In deze theorie wordt aangenomen dat responsen op een reflexmatige wijze worden gekoppeld aan stimuli. Vanuit dit perspectief is een onderscheid tussen blootstelling aan angstwekkende stimuli of aan responsen niet van belang. De stimulus (CS) roept immers automatisch de respons (CR) op.

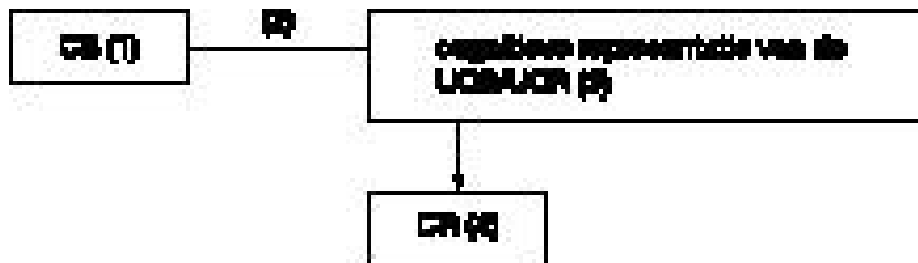
Inmiddels wordt binnen de experimentele psychologie meer nadruk gelegd op de cognitieve aspecten van leren (Eelen, 1988). In cognitief opzicht is het onderscheid tussen blootstelling aan stimuli of aan responsen wel zinvol. Volgens de cognitieve visie op klassieke conditionering leert het subject een verband tussen twee situaties: de in eerste instantie neutrale CS enerzijds en de betekenisvolle UCS anderzijds. De CR is dan een *index* van dit leren; het is niet datgene wat *is* geleerd. Een cognitief conditioneringsmodel biedt een eigen perspectief op de diagnostiek en behandeling van, onder andere, agorafobische klachten.

Een cognitief model van leren

Eelen (1988) zet de theoretische uitgangspunten van het cognitief conditioneringsmodel uiteen. Korrelboom en Kernkamp (1993) komen, op basis van deze uitgangspunten, tot een praktisch bruikbaar taxatie- en interventieschema. Hieronder worden enkele onderdelen van dit schema besproken, die mogelijk van belang zijn bij de behandeling van fobieën.

Cognitieve representaties

Een kerngedachte is dat kennisverwerving een actief proces is. Nieuwe ervaringen verkrijgen betekenis door associatie met eerder opgedane kennis. Die kennis wordt gepresenteerd in cognitieve structuren. Van belang is dat nieuwe informatie ook langs onbewuste weg kan worden verworven. Voor de experimentele literatuur over dit onderwerp wordt verwezen naar Davey (1989). Het op Davey geïnspireerde schema in van de 'Betekenisanalyse' in figuur 1



Figuur 1

geeft het cognitieve model van klassieke conditionering weer:

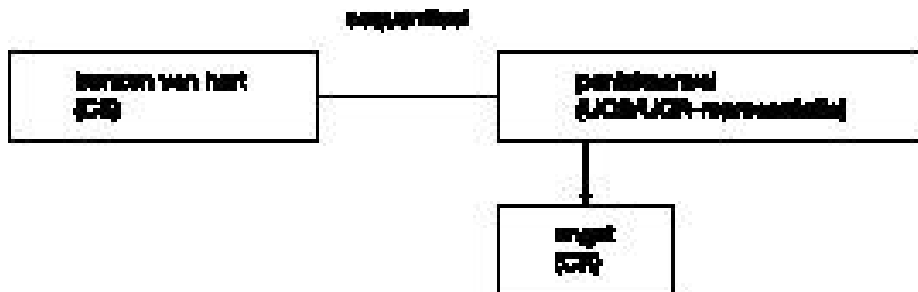
De CS is de uitlokkende gebeurtenis. Bij paniekstoornis met agorafobie kan dit een externe situatie zijn, zoals de supermarkt, of een interne lichamelijke sensatie. De CS activeert het kennisbestand (de UCS/UCR-representatie) waarmee deze op grond van eerdere ervaringen is geassocieerd. De CR is, tenslotte, de meetbare index waarin de associatie manifest wordt. UCS-en zijn niet alleen van nature betekenisvolle fysieke prikkels. Er bestaan ook psychologische UCS-en (Eysenck, 1979).

Het schema wordt 'Betekenisanalyse' (BA) genoemd, omdat het aangeeft aan welke associatie de CS zijn betekenis ontleent.

Therapeutische interventies kunnen zich richten op de CS (1), op de associatie tussen CS en UCS/UCR-representatie (2), op de inhoud en betekenis van deze representatie (3), of op de CR (4). Interventies die de inhoud en betekenis van de UCS/UCR-representatie beïnvloeden worden, in navolging van Davey, 'UCS-reëvaluatie'-techniken genoemd.

Referentiële- en sequentiële relaties

Tussen CS en UCS/UCR-representatie kunnen verschillende soorten associaties bestaan. Eelen onderscheidt sequentiële en referentiële relaties (Eelen et al., 1990). Bij een sequentiële relatie is er een verband in de tijd. De patiënt verwacht, op grond van de CS, dat de UCS/UCR met een zekere mate van waarschijnlijkheid zal optreden. De patiënt met paniekstoornis biedt een voorbeeld. Wanneer de patiënt zijn hart voelt bonzen, verwacht hij dat een paniekaanval zal volgen. De CR 'anticipatie-angst' is de manifestatie van deze verwachting (figuur 2

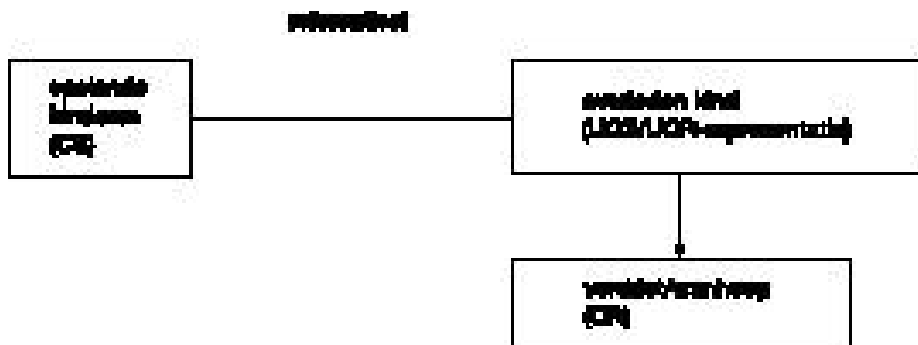


Figuur 2

).

Therapeutisch kan men proberen de associatieve band tussen CS en UCS/UCR-representatie te verzwakken met behulp van exposure in vivo. Door de patiënt te confronteren met de CS zonder dat de UCS/UCR optreedt, wordt de verwachting van de patiënt ontkracht.

Bij een referentiële relatie doet de CS denken aan de UCS. Rouwreacties zijn een voorbeeld. Op straat spelende kinderen roepen bij een moeder herinneringen op aan haar eigen jong overleden kind. De emotionele reactie (CR) weerspiegelt de herbeleving van deze gebeurtenis die cognitief is gerepresenteerd. Zodra de moeder spelende kinderen ziet zal de herinnering aan haar overleden kind worden geactiveerd. Er is geen sprake van een verwachting (figuur 3



Figuur 3

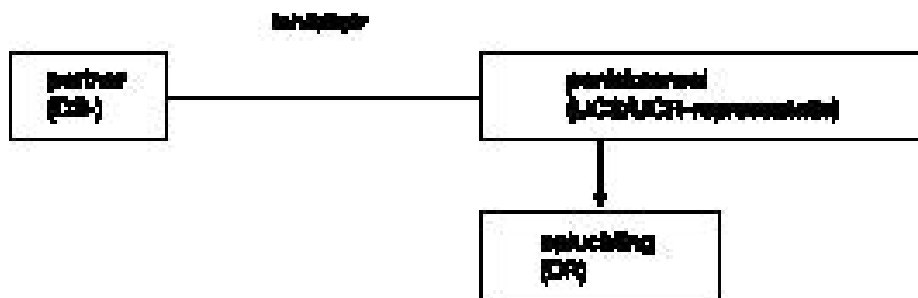
).

Omdat er geen verwachting valt te falsificeren, kan men veronderstellen dat exposure aan de CS in dit geval weinig zinvol is. Om deze reden ligt het bij een referentiële relatie wellicht meer voor de hand om de UCS/UCR-representatie zelf te beïnvloeden via, bijvoorbeeld, rouwtherapie.

Excitatie versus inhibitie

Associaties tussen CS en UCS/UCR-representatie kunnen ook worden onderscheiden in excitatoire- en inhibitieve relaties. Mackintosh (1983) bespreekt de experimentele literatuur.

In de voorbeelden hierboven was sprake van excitatie. Eerst induceerde de CS de verwachting dat een paniekaanval zou volgen. In het tweede geval werd de herinnering geactiveerd aan een trauma dat vroeger had plaatsgevonden. Naast excitatie bestaat ook inhibitie. Een inhibitieve CS voorspelt het 'niet-optreden' van de UCS/UCR. De CR die de uitdrukking is van een inhibitieve relatie, is in psychologisch opzicht vaak het spiegelbeeld van de CR die bij excitatie zou zijn opgeroepen. In de therapeutische literatuur worden (bepaalde) inhibitieve stimuli ook 'safety-signals' genoemd (Gray, 1987). In de notatie wordt een excitatoire CS aangeduid als 'CS+' en een inhibitieve als 'CS-'. Voor fobische patiënten is de partner vaak een inhibitieve stimulus (figuur 4



Figuur 4

).

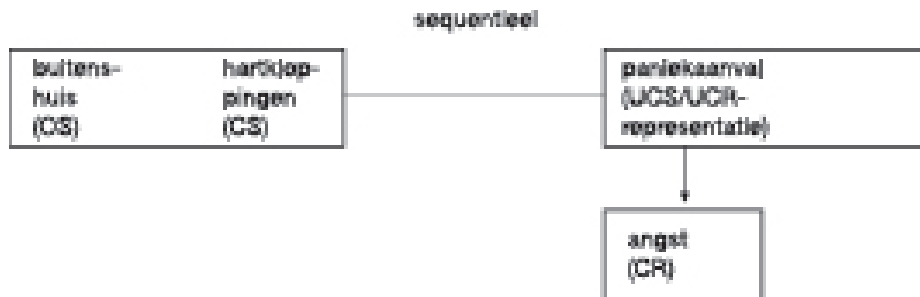
Het wegvallen van de partner impliceert het wegvallen van inhibitie. De patiënt zal, zonder de partner, opnieuw een paniekaanval gaan vrezen. Klachten kunnen zowel ontstaan door excitatie als door het wegvallen van inhibitie.

'Occasionsetters'

'Occasionsetters' modificeren de verwijzingswaarde van CS-en. Zij vormen de context waarbinnen de CS-UCS/UCR associatie geldt. Voor de experimentele literatuur wordt verwezen naar Holland (1984) en Bouton en Swartzentruber (1991).

Agorafobie biedt een klinische illustratie van de rol van 'occasionsetters'. Veel fobici ervaren harkloppingen als het signaal voor een naderende paniekaanval zodra zij zich buitenshuis bevinden. Sommige patiënten vrezen dezelfde sensaties echter niet zolang zij in hun eigen huis zijn. Voor hen worden 'harkloppingen' pas angstwekkend binnen een context waar geen hulp aanwezig is of in een situatie waaruit zij niet snel kunnen ontsnappen.

'Buitenshuis' is dan de 'occasionsetter' of de 'context', waarbinnen 'hartkloppingen' als CS verwijzen naar de gevreesde 'paniekaanval' (figuur 5)



Figuur 5

).

'Occasionsetters' kunnen externe concrete stimuli zijn. Ze kunnen ook in het organisme zelf aanwezig zijn. Zo kunnen ook stemming en door farmaca en alcohol gecreëerde toestanden als 'occasionsetter' gaan fungeren (Cunningham, 1979).

Bouton en Swartzentruber (1991) stellen vast dat uitdoving meer contextgebonden is dan aanleren. Uitdoving, met andere woorden, generaliseert minder gemakkelijk dan aanleren. Angstreacties die uitgedoofd lijken te zijn, kan men gemakkelijk opnieuw uitlokken binnen een context waar uitdoving nog niet heeft plaatsgevonden. Dergelijke bevindingen geven aanleiding om uitdoving niet meer te beschouwen als een vorm van 'ontleren' maar als een manier van 'er bij leren'. De patiënt leert tijdens een uitdovingsprocedure dat 'de CS in deze situatie geen gevaar voorspelt'. Dit impliceert dat diezelfde CS dat, in een andere context, nog wel doet. In een cognitief conditioneringsmodel is de term 'uitdoving' in feite dan ook niet meer op zijn plaats.

Het identificeren van 'occasionsetters' lijkt vooral van belang bij het voorkómen van terugval. Om de kans daarop te verkleinen zou men, tijdens exposure, de CS gelijktijdig moeten aanbieden met de 'occasionsetter' die de CS-UCS/UCR associatie modificeert.

Implicaties

Een cognitief conditioneringsmodel biedt een wat ander perspectief op de werking van sommige therapeutische interventies. Dit kan een reden zijn om de uitvoering van die interventies aan te passen. Er lijken, onder andere, implicaties te zijn voor exposure in vivo en voor training in 'paniekmanagement'.

Exposure in vivo

Exposure in vivo wordt in het geschetste model opgevat als een manier om de associatiesterkte te beïnvloeden bij een sequentiële relatie tussen CS en UCS/

UCR-representatie. Door exposure zou de verwachting van de patiënt worden ontkracht, dat de CS wordt gevolgd door de UCS/UCR. Om de kans op terugval te verkleinen zou de confrontatie met de CS bovendien moeten plaatsvinden binnen die context waarin de associatie tussen CS en UCS/UCR-representatie bij uitstek geldt. Wanneer een patiënt lichamelijke sensaties vooral vreest in situaties waar geen hulp is, is het oproepen van dergelijke sensaties via, bijvoorbeeld, hyperventilatieprovocatie in deze gedachtengang weinig zinvol, zolang dit gebeurt binnen de veilige context van de therapieruimte. Blootstelling aan de CS zou juist moeten plaatsvinden in een als onveilig beleefde omgeving.

Bij een referentiële relatie lijkt exposure aan de CS sowieso minder zinvol. Er is immers geen verwachting die kan worden ontkracht. Technieken die zijn gericht op het 'herevalueren' van de UCS lijken meer geïndiceerd.

Training in 'paniekmanagement'

Door training in 'paniekmanagement' krijgt de patiënt enige beheersing over paniek. Hierdoor, zo mag men verwachten, verandert ook de cognitieve representatie van paniek. 'Paniekmanagement' kan daarom worden gezien als een vorm van UCS-reëvaluatie.

Het is niet waarschijnlijk dat paniek altijd cognitief wordt gerepresenteerd als 'hyperventilatie'. Bij sommige patiënten staat een sociale 'afgang' centraal in hun representaties van paniek; bij andere patiënten nemen beelden van de intensive care en ziekenauto's met loeiende sirenes een prominente plaats in in de UCS-representaties. Een cognitief conditioneringsmodel impliceert dat bij iedere 'paniekpatiënt' nauwkeurig wordt nagegaan op welke wijze paniek in het geheugen is gecodeerd. Daarbij lijken niet alleen de representaties van stimuli van belang te zijn, maar ook die van responsen en betekenissen (vgl. Lang, 1985).

Casuïstiek

Wetenschappelijke ondersteuning voor de hierboven beschreven gedachten is voorsnog slechts te vinden binnen experimenteel onderzoek, dat bovendien veelal bij dieren is uitgevoerd. Gecontroleerd klinisch onderzoek is er op dit gebied niet. Om de mogelijke klinische consequenties te schetsen worden hieronder vier behandelingen besproken. Het gaat om patiënten met de DSM-III-R-diagnose 'paniekstoornis met agorafobie' (APA, 1987). De behandelingen vonden plaats in het kader van een onderzoek waarbij de eerste twaalf zittingen waren geprotocolleerd. Patiënten werden random toegewezen aan 'exposure in vivo' of aan 'paniekmanagement + exposure in vivo'. In alle gevallen werd na de experimentele fase kortere of langere tijd verder behandeld. In deze fase was de therapie niet geprotocolleerd. Tijdens de experimentele fase was de parther bij de behandeling betrokken (Korrelboom et al., 1992).

De mogelijke implicaties van de cognitieve conditioneringstheorie voor de vier behandelingen zijn gedeeltelijk pas *achteraf* onderzocht. Tijdens de geprotocolleerde fase lag de behandeling immers vast, terwijl de 'nieuwe ideeën' pas gedurende de latere fases van de behandelingen hun vorm kregen. De casuïstiek moet dan ook uitsluitend

worden gezien als een *illustratie* van het gebruik van een zoekschema dat mogelijk handig is voor de therapiepraktijk.

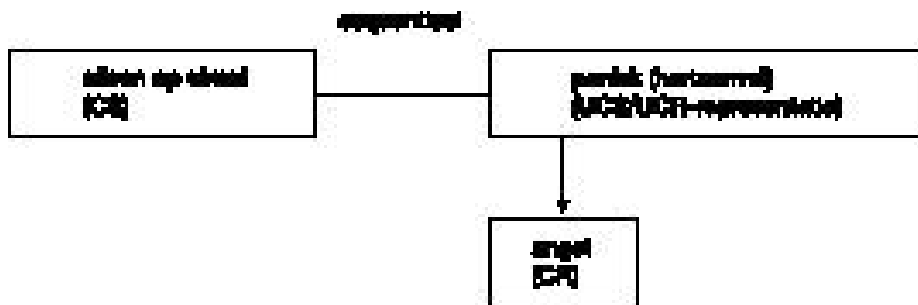
Patiënte 1

Het gaat om een gehuwde 42-jarige huisvrouw. Er zijn twee kinderen, vijftien en negentien jaar oud. Sinds een jaar is zij fobisch. Patiënte heeft regelmatig last van hartkloppingen en een 'slap gevoel in de benen'. Omdat ze bang is in paniek te raken, komt ze niet meer alleen op straat. De klachten zijn begonnen toen ze buiten onwel werd nadat ze bloed had afgestaan voor de bloedtransfusie. De klachten verergerden toen kort daarna een bevriende buurman onverwachts aan een hartaanval overleed. Patiënte komt uit een harmonieus gezin. Haar huwelijk is goed en met de kinderen zijn er geen problemen. De DSM-III-R-diagnose is 'paniekstoornis met agorafobie'. Er wordt geen aanvullende diagnose op As 2 gesteld. Ze wordt behandeld met exposure in vivo. Na de experimentele fase zijn er nog twee exposurezittingen, waarna de behandeling wordt beëindigd. Patiënte heeft dan geen klachten meer.

Bespreking

Deze patiënte lijkt met exposure afdoende te zijn behandeld. Voor haar waren typische agorafobische stimuli geassocieerd met paniek en het krijgen van een hartaanval. De klachten waren ontstaan in een heel specifieke context. Patiënte raakte, na het afstaan van bloed, en nadat een kennis onverwachts aan een hartaanval was overleden, enkele keren in paniek. Van dat moment af vreesde zij vaker in paniek te zullen raken.

Dit wordt weergegeven in de 'Betekenisanalyse' in figuur 6



Figuur 6

Deze sequentiële relatie werd tijdens de exposure ontkracht. Alleen op straat lopen bleek niet (meer) tot paniek te leiden. Door vermijding achterwege te laten werd de kennis over de relatie tussen CS en UCS/UCR gecorrigeerd.

Vanuit het zoekschema geredeneerd ware het beter geweest wanneer de exposure had plaatsgevonden binnen de context van 'occasionsetters'. Volgens de theorie zou de kans op terugval dan kleiner zijn geweest. 'Slappe benen' of 'gedachten over doodgaan' hadden voor deze patiënte mogelijk als geschikte 'occasionsetters' kunnen fungeren. Overigens vertoonde patiënte bij een toevallige ontmoeting ruim twee jaar na afsluiting van de behandeling geen enkel teken van terugval.

Patiënte 2

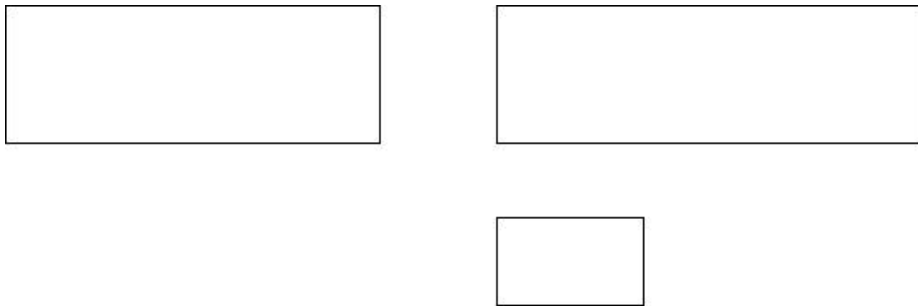
Patiënte 2 is een 39-jarige vrouw. Ze is getrouwd en heeft een zoon van twintig. Zestien jaar gelden werd zij, aansluitend op een depressieve episode, fobisch. Patiënte had destijds onuitgesproken ambivalente gevoelens ten opzichte van haar familie. In het ouderlijk gezin regeerde vader met harde hand. Van de kinderen werd een vergaande loyaliteit geëist. Nog steeds vergoelijkt patiënte het soms wrede gedrag van haar vader. Hoewel zij altijd zijn oogappel is geweest raakte ook zij, twee jaar voor aanmelding, met hem in conflict. Sindsdien is het contact verbroken. In het huwelijk en met de zoon zijn er geen grote problemen. Centraal staat de angst in paniek te geraken en de controle over zichzelf te verliezen. Ook is zij bang dat anderen haar in ontredde toestand zullen zien. De diagnose luidt: 'paniekstoornis met agorafobie bij een vrouw met dwangmatige trekken'. Ze wordt behandeld met exposure in vivo voorafgegaan door een training in 'paniekmanagement'. Deze training is speciaal gericht op het leren beheersen van hyperventilatie (vgl. Lange, 1987). Na de experimentele fase volgen nog twaalf contacten waarin de exposure behandeling wordt voortgezet. Dan wordt de behandeling afgesloten. Patiënte kan zich in haar woonplaats weer vrij bewegen. Zelfs heeft zij een baan aangenomen.

Een jaar later meldt zij zich opnieuw aan. De fobische klachten zijn teruggekeerd. Ook zijn er 'onverwerkte emoties'. Haar vader is inmiddels overleden. Hoewel het contact met hem kort voor zijn dood is hersteld, is patiënte kwaad en teleurgesteld over de wijze waarop dit is verlopen. Deze gevoelens kan zij echter noch aan zichzelf noch aan de buitenwereld toegeven. In de tweede behandeling, die 33 zittingen duurt, wordt eerst aandacht besteed aan haar kwade, 'deloyale' gevoelens. De bedoeling is dat zij zichzelf een genuanceerder beeld van haar vader durft toe te staan. Daarin zou ook haar woede over zijn negatieve kanten een plaats moeten hebben. Dit lukt redelijk. Voordat de geplande behandeling van haar fobische klachten opnieuw kan beginnen, verhuist zij echter naar een andere stad, waarna de therapie wordt afgebroken.

Bespreking

Volgens een cognitief conditioneringsmodel kan het succes van de eerste behandeling aan twee interventies worden toegeschreven. Training in 'paniekmanagement' zou tot een 'hercodering' van 'paniek' hebben geleid. Paniek bleek toen immers 'eigenlijk' ongevaarlijke en beheersbare hyperventilatie te zijn. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat deze (geprotocolleerde) herevaluatie slechts ten dele betrekking had op de voor deze patiënte specifieke representatie van paniek. Daarin stonden controleverlies en sociale vernedering meer centraal dan hyperventilatie. Exposure in vivo zou vervolgens, opnieuw volgens het zoekschema, hebben geleid tot een verdere correctie van het kennisbestand over de relatie tussen fobische situaties en paniek.

Hoe kan de latere terugval worden verklaard? 'Agorafobische' CS-en die eerder waren 'uitgedoofd', induceerden opnieuw angst voor paniek. Deze terugval trad op nadat de agressieve gevoelens ten opzichte van haar vader weer actueel waren geworden. Andere exciterende gebeurtenissen leken er niet te zijn. De dood van haar vader kan moeilijk worden beschouwd als het wegvallen van inhibitie. Vader was eerder nooit inhiberend geweest ten aanzien van paniek. Evenmin leek de paniekrepresnetatie direct te worden geactiveerd door de gevoelens over haar vader. In 'niet-agorafobische situaties' kon patiënte namelijk over haar vader praten en denken zonder in paniek te raken. De terugval kan daarom wellicht het beste worden verklaard door een beroep te doen op het begrip 'occasionsetter'. Bij het ontstaan van de klachten, zestien jaar geleden, verkeerde patiënte in een ambivalente emotionele toestand. Ze had veel verwijten tegen haar vader die ze niet 'mocht' hebben. Binnen deze context van (ontkende) agressieve gevoelens zouden, volgens de theorie, 'agorafobische' CS-en geassocieerd geraakt kunnen zijn met 'paniek'. De kwaadheid op vader zou als een interne 'occasionsetter' kunnen worden beschouwd (figuur 7).



Figuur 7

'Uitdoving' had tijdens de eerste behandeling plaatsgevonden buiten de context van de agressie jegens vader. Tijdens de tweede behandeling werd geprobeerd dit wel te doen. Eerst werd getracht de kwaadheid op haar vader meer naar voren te halen. Vervolgens zou een exposurebehandeling worden ingezet waarin patiënte in negatieve zin over haar vader zou moeten denken, terwijl zij zich in een agorafobische situatie bevond. Op die manier zou dan exposure aan de CS plaatsvinden binnen de context van de occasionsetter. Door de verhuizing van patiënte kon deze 'test' van de Betekenisanalyse echter niet worden uitgevoerd.

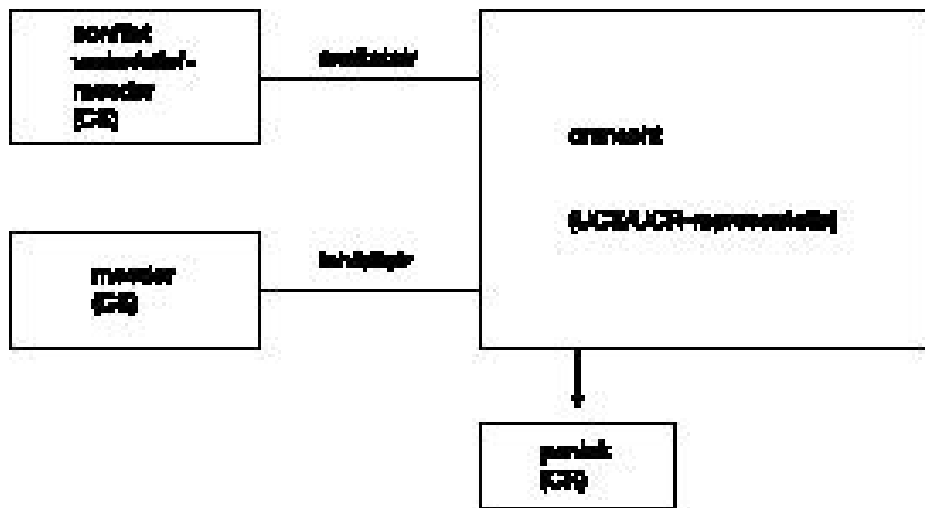
Patiënte 3

Patiënte 3 is een 22-jarige, opvallend dikke vrouw. Ze woont sinds enkele jaren samen. Sedert het overlijden van haar moeder zijn er regelmatig paniekaanvallen. Deze klachten zijn sterk toegenomen nadat zij door haar vader en diens tweede vrouw na een ruzie het huis werd uitgezet. Patiënte vermijdt het openbaar vervoer en ze gaat niet meer naar haar werk uit angst in paniek te ranken. Op het werk speelt een conflict met een collega. Sinds het ontstaan van de klachten is zij twintig kilo zwaarder geworden. Patiënte is beschermd opgevoed. Haar moeder was de dominerende figuur. Zij hield het gezin draaiend. Toen haar moeder ziek werd en overleed vond haar vader al snel een nieuwe vrouw. In het nieuwe gezin stond patiënte

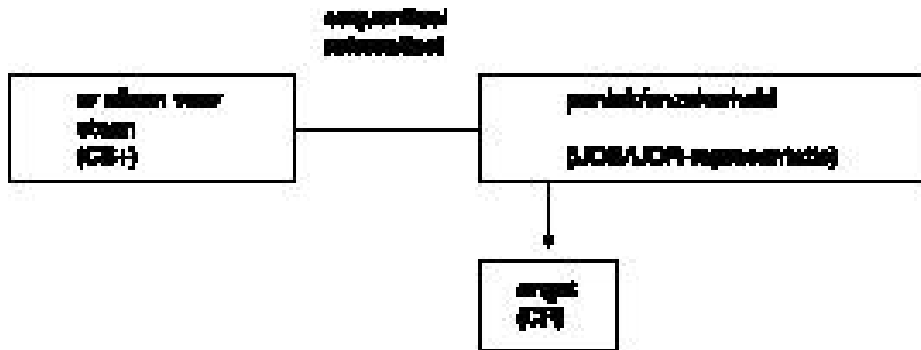
alleen. Sinds het eerder genoemde conflict heeft zij geen contact meer met haar familie gehad. De relatie met haar vriend is goed. De psychiatrische diagnose is 'paniekstoornis met agorafobie bij een vrouw met afhankelijke trekken'. Patiënte wordt in eerste instantie behandeld met exposure in vivo. Na de experimentele fase zijn er nog vijftien zittingen waarin haar gebrek aan zelfvertrouwen behandeld wordt. Op geritualiseerde wijze schrijft zij brieven aan haar moeder en haar stiefmoeder. Tijdens het schrijven wordt benadrukt dat patiënte zich meer de daadkracht van haar moeder zou moeten eigen maken. Een medaillon dat van moeder is geweest wordt hierbij als symbolisch hulpmiddel gebruikt. De behandeling is succesvol. Bij afsluiting werkt patiënte weer en zij beweegt zich vrij in het openbaar. Ze is inmiddels ook veertien kilo afgevallen.

Bespreking

In de cognitieve theorie over deze patiënte speelt het wegvallen van inhibitie een centrale rol. Patiënte leunde erg op haar moeder. Praktische en emotionele moeilijkheden waren altijd door moeder opgelost. Theoretisch gezien kan moeder zo een inhibitoire stimulus zijn geworden ten aanzien van allerlei cognitieve representaties die worden samengevat onder de noemer 'onmacht'. Moeders overlijden impliceert dan het wegvallen van inhibitie. Na het wegvallen van deze inhibitie kan onmacht gemakkelijker worden geactiveerd in allerlei situaties waarin patiënte er alleen voor staat. Een dergelijke activering zou zich hebben kunnen uiten als angst en paniek. In het conflict met haar vader en haar stiefmoeder wist patiënte niet hoe zij zich moest opstellen. Zo kunnen de eerste paniekaanvallen zijn ontstaan. Het conflict op haar werk kan tot nog meer paniek hebben geleid. Paniek en onmacht kunnen zo voor deze patiënte nauw met elkaar verweven zijn geraakt. Diverse situaties waarin patiënte alleen stond kunnen, als CS, zowel een sequentiële- als een referentiële associatie zijn aangegaan met paniek/onzekeerheid. Het bovenstaande kan in twee 'Betekenisanalyses' worden weergegeven (zie figuur 8 en 9)



Figuur 8



Figuur 9

).

Volgens deze theorie zijn er, behalve exposure in vivo, twee andere ingangen voor behandeling. Er kan worden gezocht naar een nieuwe inhibitoire stimulus ten aanzien van 'onmacht' en er kan worden geprobeerd direct te interveniëren op het niveau van de UCS/UCR-representatie. Beide interventies zijn in feite toegepast. Met behulp van, onder andere, schrijfopdrachten leerde patiënte meer op haar eigen kracht te vertrouwen. Het concept 'onmacht' werd zo 'geherevalueerd'. Gelijktijdig werd, op symbolische wijze, het medaillon van moeder als een nieuwe inhibitoire stimulus geïntroduceerd. Intussen werd de sequentiële relatie uit de tweede betekenisanalyse gecorrigeerd met behulp van exposure in vivo.

Patiënte 4

Patiënte is een gehuwde 38-jarige vrouw zonder kinderen. Bij aanmelding heeft zij al vijftien jaar fobische klachten. De gehele dag is zij 'licht' in haar hoofd. Bij (in)spanning neemt deze duizeligheid toe. Dit kan uitmonden in paniek. Een organische oorzaak wordt niet gevonden. Uit angst in paniek te raken vermijdt patiënte veel. Ook alleen thuis blijven is bij tijden problematisch. Ze is een nakomertje uit een gezin waarin weinig zorg en bescherming was. Haar vader overleed toen zij tien jaar was. Een broer werd regelmatig opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en pleegde ten slotte zelfmoord. Voor haar ouderlijk gezin heeft patiënte zich altijd geschaamd. In een period waarin verschillende intra-psyrische conflicten speelden kreeg patiënte haar eerste paniekaanval. Hiervoor schaamde zij zich; zij interpreteerde de aanval bovendien in eerste instantie als een hartinfarct. Toen zij zeventien was overleed haar moeder. Ze ging samenwonen met haar huidige man. Het huwelijk beleeft zij vooral als een goede vriendschap. Tijdens het huwelijk volgden meer paniekaanvallen. De DSM-III-R -diagnose is 'paniekstoornis met agorafobie bij een vrouw met afhankelijke en dwangmatige trekken'. Ze wordt in eerste instantie behandeld met exposure in vivo. Na de experimentele fase wordt deze behandeling voortgezet. De vooruitgang verloopt bijzonder traag. Tien zittingen later raakt patiënte zonder aanwijsbare oorzaak in crisis. Ze is voortdurend in paniek. Haar man moet bij haar thuis blijven. Ze kan niet meer op haar benen staan en ligt de gehele dag in bed. Depressie wordt als hoofddiagnose uitgesloten. Patiënte

krijgt 125 mg Anafranil. Deze medicatie zal zij gedurende de verdere behandeling bijvoren gebruiken. Na ongeveer vier maanden kan de exposure behandeling worden voortgezet. De vooruitgang is onmiskenbaar maar verloopt, opnieuw, zeer traag. Na ruim een jaar is patiënte weer op het niveau van voor de crisis. Dan blijkt min of meer toevallig haar gebrekkige assertiviteit. Die speelt vooral op wanneer zij conflicterende gedachten of gevoelens heeft. Patiënte vindt het bijzonder moeilijk om mensen te moeten afvallen. Dit speelt met name in de relatie met haar man. Hoewel zij niet echt gelukkig is in haar huwelijk durft zij haar bezwaren en twijfels niet naar voren te brengen. Zelfs durft zij nauwelijks over haar onvrede na te denken. Ook in andere situaties cijfert patiënte zichzelf gemakkelijk weg. Ze is opgegroeid met de 'regel' dat zij terevonden moet zijn met wat ze heeft. Het bespreken met de therapeut van haar conflict en enkele eenvoudige, op de assertiviteit gerichte, interventies hebben een tamelijk dramatisch effect. Patiënte begint zich iets assertiever en veel onafhankelijker op te stellen. De tot op dat moment nog ernstige fobische klachten nemen plotseling snel af. Ruim drie jaar na aanmelding is patiënte vrijwel klachtenvrij. De behandeling wordt dan geleidelijk beëindigd.

Bespreking

Volgens de cognitieve conditioneringsvisie zouden referentiële relaties hier centraal staan. Patiënte zou slecht bestand zijn tegen 'conflicterende gedachten en gevoelens'. Vooral negatieve en kwade gedachten kan zij moeilijk verdragen. 'Denken over haar huwelijk' of 'verplichtingen voelen' zouden als CS-en kunnen worden beschouwd die zijn geassocieerd met het thema 'intra-psychisch conflict'. 'Alleen zijn' kan dan worden gezien als een 'occasionsetter' waarbinnen deze associatie opgaat. De associatie uit zich vooral als (lichamelijke) spanning. Nadat ze in zo'n situatie enkele keren in paniek was geraakt zou 'lichamelijke spanning' ook een sequentiële verwijzing naar paniek hebben kunnen verkrijgen, vooral binnen de context van 'alleen zijn' (figuur 10 en 11

Figuur 10

Figuur 11

).

Deze betekenisanalyse verklaart mogelijk waarom exposure in vivo in eerste instantie niet zoveel zoden aan de dijk zette. De referentiële relatie ten aanzien van conflicterende gevoelens was veel belangrijker. Pas nadat dit conflict was besproken en nadat enkele interventies waren geïntroduceerd die de assertieve vaardigheden van patiënte rondom dergelijke conflicten moesten versterken, had exposure in vivo succes. De verklaring zou zijn dat door de eerder genoemde interventies het thema 'intra-psychisch conflict' werd geherevalueerd. De spanning verminderde en de paniek werd in een ander daglicht gezien. Exposure in vivo ontcrachtte vervolgens verder de sequentiële relatie uit de tweede analyse.

Besluit

Binnen het onderzoek naar de behandeling van paniekstoornis met agorafobie zijn twee lijnen te onderscheiden. Enerzijds wordt, door middel van groepsvergelijkingen, gezocht naar een algemeen geldende optimale behandelmethodede voor fobici. Centraal staat daarbij het ontwikkelen en evalueren van interventies. Anderzijds wordt gezocht naar prognostische factoren die de mate van succes van een bepaalde behandeling bij een specifieke patiënt kunnen voorspellen. Hier staat de diagnostiek van het individu centraal. Naast demografische gegevens en aspecten als 'ernst en duur van de klachten', 'therapeutische relatie' en 'motivatie', zijn tot nu toe vooral andere klachtengebieden zoals 'depressie' en 'huwelijksatisfactie' als prognostische variabelen onderzocht. Dergelijk onderzoek heeft tot dusverre weinig voor therapie relevante gegevens opgeleverd. Het zoekschema dat hierboven is geschetst, inspireert om ook de prognostische waarde van andere factoren te onderzoeken. Te denken valt aan het 'type conditionering' (sequentieel-referentieel en excitatoir-inhibitioir), 'preciese invulling van de UCS/UCR-representatie' (zijn er alleen representaties van arousal of ook van angstbeelden?) en de rol van 'occasionsetters'. Als zou blijken dat het zoekschema inderdaad zinvolle onderscheidingen aanbrengt, zouden op grond van dergelijke factoren vervolgens van elkaar differentiërende behandelprogramma's kunnen worden ontworpen.

Gevalsbeschrijvingen bewijzen op zichzelf natuurlijk niets. De theoretische onderbouwing van de hier besproken therapieën heeft voor een gedeelte post hoc plaatsgevonden. Bovendien waren de verschillende fases in de behandeling gebaseerd op het 'klinisch oog'. Als objectief bedoelde maten stemmen niet altijd met dat oog overeen. Zo was patiënte 1 volgens de therapeut na de exposurefase minder gaan vermijden terwijl de Mobility Inventory (Chambless et al., 1985) op dit punt geen vooruitgang liet zien. Patiënte 2 was volgens sommige metingen na de experimentele fase juist meer vooruit gegaan dan de klinische blik had geconstateerd. De gevalsbeschrijvingen zijn hier dan ook uitsluitend bedoeld om een gedachtengang te illustreren.

Abstract

A scheme that can be usefull in the diagnosis and treatment of phobic disorders. A scheme is described that could be usefull in the diagnosis and treatment of phobic disorders. The possible role of different concepts and ideas in experimental psychology is discussed. Cognitive representations, inhibition and excitation and occasionsetters as well as sequential and referential conditioning are illustrated with several case histories.

Referenties

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third edition, Revised)*, New York: APA.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Bonn, J. A., Readhead, C. P. A. & Timmons, B. H. (1984). Enhanced behavioral response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. *The Lancet*, 2, 665-669.

- Bouton, M. E. & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. *Clin. Psychol. Rev.* 11, 123–140.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & C. Williams (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Beh. Res. & Ther.*, 23, 1, 35–44.
- Cunningham, C. L. (1979). Alcohol as a cue for extinction: state dependency produced by conditioned inhibition. *Animal Learn. Beh.*, 7, 45–52.
- Davey, G. C. L. (1989). UCS revaluation and conditioning models of acquired fears. *Beh. Res. & Ther.*, 27, 521–528.
- Eelen, P. (1988). Leerpsychologie en gedragstherapie. In: J. W. G. Orlemans, P. Eelen & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Eelen, P., Bergh, O. van den, & Bayens, F. (1990). Fobieën: Leertheorieën. In: J. W. G. Orlemans, P. Eelen & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. & Scholing, H. A. (1989). *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P. M. G., Hoogduin, C. A. L., Hout, M. van den (1990). Angststoornissen. In: W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (red.): *Handboek Psychopathologie deel 1*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *The Beh. & Brain Sciences*, 2, 155–199.
- Garssen, B., Ruiter, C. de, Buikhuizen, M. & Dijck, R. van (1992). Is ademtherapie een rationele placebo? *Directieve Therapie*, 12, 3, 221–242.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. University Press: Cambridge, Cambridge.
- Hallam, R. S. (1985). *Anxiety. Psychological perspectives on panic and agoraphobia*. London: Academic Press.
- Holland, P. C. (1984). Differential effects of reinforcement of an inhibitory feature after serial and simultaneous feature negative discrimination training. *J. of Exp. Psychol.: Animal Behavior Processes*, 10, 461–475.
- Jacobson, N. S., Wilson, L. & Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Beh. Ther.*, 19, 539–554.
- Korrelboom, C. W. & Kernkamp, J. H. B. (1983). *Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Coutinho, Muiderberg.
- Korrelboom, C.W., Kernkamp, J. H. B., Hoogduin, C. A. L. & Severijns, R. (1992). Paniekmanagement en het voorspellen van outcome bij agorafobie; een empirische verkenning. *Gedragstherapie*, 25, 3, 183–201.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A. H. Tuma and J. Maser (eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lange, A. (1987). Een multidimensionaal behandelmodel voor agorafobie. In: A. Lange, *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Mackintosh, N. J. (1983). *Conditioning and associative learning*. New York: Oxford University Press.
- Mathews, A. M., Teasdale, J. D., Munby, M., Johnston, D. W. & Shaw, P. M. (1977). A home-based treatment program for agoraphobia. *Beh. Ther.*, 8, 915–924.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- McPherson, F. M., Brougham, L. & McLaren, S. (1980). Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioral methods—four year follow-up. *Beh. Res. & Ther.*, 18, 150–152.
- Michelson, L. K. & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *J. of Cons. & Clin. Psychol.*, 59, 1, 100–114.
- Ruiter, C. de, Rijken, H., Garssen, B. & Kraaiaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav. Res. & Ther.*, 27, 647–655.