



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 groepsbehandeling voor mensen met angst voor autorijden: de Autogroep

Annemarie Post en Sako Visser*

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een cognitieve-gedragstherapeutische aanpak voor patiënten met angst voor autorijden. Een groep van tien patiënten werd behandeld met een combinatie van psycho-educatie, cognitieve herstructurering en exposure in vivo. De exposure in vivo hield in individueel oefenen met autorijden, deels ondersteund door een van de therapeuten of andere groepsleden. De groepsbehandeling leidde tot positieve resultaten voor acht van de tien patiënten. Twee patiënten stopten voortijdig de groepsbehandeling en kregen individuele behandeling. De verbeteringen bleven behouden bij de follow-up twee maanden later.

Inleiding

Willem Willemse lijdt aan paniekaanvallen en angst voor autorijden. Willem is in behandeling (een individuele cognitieve-gedragstherapie) voor paniekstoornis met agorafobie. Zijn paniekaanvallen zijn sterk verminderd en zijn vermijdingsgedrag is afgenomen. Alleen op het autorijden blijft hij hangen. Hij durft niet alleen in de auto op snelwegen te rijden, maar uitsluitend samen met zijn vrouw of een collega. Over bruggen rijden geeft hoge spanning en tunnels zijn al helemaal niet aan de orde. Willem is bang dat hij zo angstig wordt dat hij de controle verliest en gekke dingen gaat doen, zoals hard tussen auto's door rijden, andere weggebruikers die zijn doorgang belemmeren van de weg drukken, of als een spookrijder tegen het verkeer in rijden. Bij angstaanvallen is Willem al een paar keer over de vluchtstrook doorgereden en een keer achteruit terug naar de afslag. Hiervoor heeft hij van de rijkspolitie een pittige bekeuring gekregen. Het mag niet, angst of geen angst. Aangezien de angst en het vermijdingsgedrag bij het autorijden zo hardnekkig blijken, meldt zijn therapeut Willem aan voor de 'Autogroep'.

Autorijden is voor veel mensen een hele opgave, die gepaard gaat met stress en angstgevoelens. Deze angstgevoelens kunnen een dusdanige vorm aannemen, dat men kan spreken van een angststoornis. Angst voor autorijden wordt binnen de DSM-IV; APA, 1994) geassocieerd onder specifieke fobie, paniekstoornis met agorafobie of agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis. Angst of angstaanvallen bij het autorijden zijn sterk geassocieerd met gevaar. De vrees is dat men door de angst zich niet meer kan concentreren en niet meer verantwoord kan autorijden, waardoor men zichzelf en anderen in gevaar brengt. Vaak is de angst gekoppeld aan specifieke situaties, zoals autosnelwegen, bruggen en tunnels. De praktijk laat zien dat gevaarlijke situaties ontstaan door de capriolen die men uithaalt om uit de angstwekkende situatie

* MW. S.A.M. POST, psychotherapeut, verbonden aan de Angstpolikliniek-GGZ Buitenamstel, Lassusstraat 2, 1075 GV Amsterdam.
DR. S. VISSER, klinisch psycholoog/psychotherapeut, zijn beiden verbonden aan de Angstpolikliniek-GGZ Buitenamstel, Lassusstraat 2, 1075 GV Amsterdam.

te vluchten, zoals terugrijden op de vluchtstrook, keren op een brug, of stoppen in een tunnel en er achteruit uitrijden.

Angst voor autorijden is te vergelijken met vliegangst (Craske, 1999; Taylor, Deane, & Podd, 2000), wat betreft diagnostiek en mogelijke implicaties voor behandeling. Bij beide zijn sterke angsten om de controle te verliezen en vermindering van specifieke fobische situaties herkenbaar. Een essentieel verschil is dat de patiënt bij de angst voor autorijden een actievere rol in het geheel heeft dan bij vliegangst. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen met angst voor autorijden die een auto-ongeluk hebben meegemaakt, en mensen bij wie dit niet het geval is (Taylor & Deane, 2000). Bij degenen die een auto-ongeluk hebben meegemaakt, wordt vaker de diagnose posttraumatische stressstoornis gesteld. Verder worden er geen verschillen gevonden tussen de beide groepen op angstkarakteristieken (Taylor & Deane, 2000).

Er is veel onderzoek verricht naar de behandeling van angststoornissen. Samengevat kan men stellen dat cognitieve therapie en gedragstherapie de effectiefste psychotherapie is voor de verschillende angststoornissen. Daarnaast is er de mogelijkheid van effectieve farmacotherapie (voor overzichten zie Van Balkom, Van Oppen en Van Dyck, 2001; Craske, 1999; McNally, 1994). Bij paniekstoornis met agorafobie kunnen de paniekaanvallen het best behandeld worden met cognitieve therapie en de agorafobie met exposure in vivo (Van den Hout, Arntz, & Hoekstra, 1994). Onderzoek laat zien dat exposure in groepsverband ongeveer even effectief is als individueel uitgevoerde exposure (Emmelkamp, Bouman, & Scholing, 1995). Er zijn verschillende beschrijvingen van groepsbehandelingen bij angststoornissen (Arts, Akkermans, Kromhout, & Rouwendal, 1997; Emmelkamp, Brilman, Kuiper, & Mersch, 1986; Emmelkamp & Mersch, 1986; Telch et al., 1993). Telch et al. (1993) beschrijven een groepsbehandeling voor paniekstoornis, die bestond uit educatie met corrigerende informatie, cognitieve therapie, ademhalingstraining en interoceptieve exposure. Ze vonden goede resultaten, die vergelijkbaar waren met individuele behandelingen. Arts et al. (1997) beschrijven positieve resultaten met een groepsbehandeling, die bestond uit psycho-educatie, cognitieve herstructurering, ademhalings- en ontspanningsoefeningen, interoceptieve exposure en een zelfcontroleprogramma met exposure in vivo.

Aangezien paniekaanvallen en sterke vermindering voorkomen bij patiënten met angst voor autorijden, lijken cognitieve therapie en exposure in vivo zinvolle interventies. Tot op heden zijn nog geen studies gepubliceerd over de behandeling van patiënten met de specifieke angst voor autorijden. Gezien de hiervoor beschreven onderzoeksresultaten, besloten we een groepsbehandeling te starten, de zogeheten Autogroep, voor patiënten met angst voor autorijden die niet eerder een auto-ongeluk hadden meegemaakt. Een groepsbehandeling heeft praktische voordelen. Er kunnen meer patiënten met minder therapeuten behandeld worden en er is meer tijd om in de praktijk te oefenen. In dit artikel belichten wij deze groepsbehandeling.

Methodie

De groep en de therapeuten

Beide auteurs voerden de groepsbehandeling uit. Ze waren allebei in het bezit van een geldig rijbewijs en hadden ruime ervaring met cognitieve-gedragstherapie en groepsbehandelingen. Voor de groep werden dertien patiënten aangemeld. Eén patiënt trok zich terug toen het nog onzeker was of deze groep van onze jurist mocht starten. Een andere patiënt werd afgewezen, aangezien hij wel een rijbewijs had, maar geen rijvaardigheid: hij had in geen acht jaar meer gereden. Hij werd verwezen naar een gespecialiseerde rijnschool. De derde patiënt wilde graag aan de groep deelnemen, maar kwam door andere problemen de eerste zittingen niet opdagen en staat op de wachtlijst voor de volgende Autogroep. De groep bestond uiteindelijk uit tien patiënten, vijf vrouwen en vijf mannen. De helft van de patiënten had al individuele cognitieve therapie gehad en de andere vijf kwamen van de wachtlijst van onze instelling. De gemiddelde leeftijd was 45 jaar (*range* 32-58 jaar) en de gemiddelde duur van de klachten elf jaar (*range* 3-20 jaar). Vier patiënten kregen de diagnose paniekstoornis met agorafobie, drie patiënten agorafobie zonder paniek in voorgeschiedenis en één patiënt kreeg de diagnose specifieke fobie. Alle patiënten reden nog wel zelf in de auto, maar beperkte routes en niet alleen.

Juridische consequenties

Het voorstel om deze groep op te zetten, werd in het behandelteam met wisselend enthousiasme ontvangen. Er kwamen vragen en uitspraken over de risico's waarmee je als therapeut geconfronteerd kon worden tijdens de behandeling. Sommigen vonden dat angstige mensen een gevaar op de weg vormen. Gezien eerdere ervaringen van de therapeuten met individuele begeleiding van patiënten met angst voor autorijden, werden door hen de risico's lager ingeschat. Hun ervaring was dat gevaarlijke situaties juist door het extreme vermijdingsgedrag werden veroorzaakt en dat een behandeling waarbij patiënten zich geleidelijk blootstelden aan angstoproepende verkeerssituaties, niet tot onverantwoorde risico's leidde. Wel bleef het onduidelijk wat de juridische consequenties zouden zijn indien er onverhoopt toch iets zou gebeuren. Besloten werd om de jurist van de instelling hierover te consulteren. De betreffende jurist nam contact op met de verzekeringsmaatschappij van de instelling om te informeren naar de dekkingsmogelijkheden. De verzekeringsmaatschappij gaf te kennen dat zij hier geen ervaring mee had en dat een dergelijke groep in Nederland bij hen onbekend was. De therapeuten kregen uiteindelijk van de instelling geen toestemming om naast de patiënt in zijn auto te zitten en mee te rijden. Dit viel niet onder de dekking. Een rij-instructeur zou hiertoe wel bevoegd zijn. Na brainstormen door de therapeuten en de jurist kwamen we tot de volgende constructie:

- De patiënt moest een geldig rijbewijs en een geldige WA-autoverzekering kunnen tonen.
- De patiënt ondertekende een verklaring die door de jurist was opgesteld. De verklaring bevatte de volgende elementen:
 - verklaring van geldig rijbewijs en verzekering;
 - dat het oefenen in het kader van de behandeling onder eigen verantwoordelijkheid van de patiënt gebeurde;

- dat de instelling door de patiënt gevrijwaard werd van aansprakelijkheid tijdens het begeleid autorijden;
- dat de patiënt zich te allen tijde kon terugtrekken uit de behandeling of oefensituatie.
- In de praktijk kwam het erop neer dat de behandeling formeel werd stopgezet op het moment dat er geoefend werd en de behandeling werd hervat bij de nabespreking van het oefenen.

Het was spijtig dat het binnen deze constructie voor de therapeuten niet mogelijk was om samen met de patiënt in de auto te oefenen. Juist met deze, door de therapeut begeleide, exposure hadden we in het verleden goede ervaringen opgedaan. Dit was een redelijk aantal jaren geleden, toen de 'claimcultuur' nog niet zo sterk in Nederland was doorgedrongen.

Meetinstrumenten

Tijdens de intake werd de diagnose gesteld aan de hand van een gestructureerd interview. De *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1996) is een semi-gestructureerd klinisch interview voor de classificatie van psychische stoornissen op as-I (dus de klinische syndromen) van de DSM-IV. Van dit interview is een Nederlandse bewerking op de markt (Van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider, & Nolen, 1999).

Bij alle patiënten werden verschillende vragenlijsten afgenomen. Als effectmaten voor de evaluatie van de behandeling werden de volgende lijsten gebruikt:

- de *Body Sensation Questionnaire* (BSQ; Chambless, Caputo, Bright, & Ghallagher, 1984). Deze vragenlijst meet de angst voor verschillende lichamelijke sensaties die kunnen optreden tijdens angst of een paniekaanval.
- de *Agoraphobic Cognition Questionnaire* (ACQ; Chambless et al., 1984) inventariseert de catastrofale cognities tijdens een angst- of paniekaanval.
- de *Mobility Inventory* (MI; Chambless, Caputo, Jansin, Gracely, & Williams, 1985). Met deze vragenlijst wordt het vermijdingsgedrag van patiënten gemeten, alleen en in gezelschap van anderen.
- de *Symptom Check List* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). De totaalscore van deze lijst is een maat voor algeheel psychisch functioneren. Daarnaast bestaat de lijst uit acht subschalen, waarbij voor deze evaluatie de subschalen Angst en Agorafobie werden gebruikt.

Behandeling

De groepsbehandeling bestond uit een combinatie van psycho-educatie, cognitieve herstructurering en vooral exposure in vivo. In totaal waren er tien bijeenkomsten van ruim twee uur.

De zittingen

Tijdens de eerste zitting bleken de spanning en de schaamte bij de deelnemers hoog. Tot hun opluchting herkenden velen zich in het gesprek over de schaamte die hoort bij paniekaanvallen en het onbegrip dat men in de omgeving tegenkwam wanneer men aangaf niet alleen te durven rijden. De therapeuten introduceerden vervolgens het behandelmodel. Zij legden het cognitieve model van paniek volgens Clark (1986) uit. Aan de hand van een vicieuze cirkel lichtten zij de rol van catastrofale interpretaties van lichamelijke symptomen en van het autorijden toe. De deelnemers bespraken hun individuele catastrofale interpretaties in subgroepjes. Speciale aandacht ging uit naar het idee geen controle meer te hebben bij verhoogde spanning en angst. Aan de hand van angstoproepende verkeerssituaties werden deze catastrofale interpretaties uitgedaagd.

Daarnaast legden de therapeuten het principe van exposure uit (vergelijk Emmelkamp et al., 1995; Marks, 1987). Zij benadrukten dat een exposurebehandeling een methode is van geleidelijke stappen, volgens een door de patiënt opgestelde angsthiërarchie. In de subgroepjes maakten de deelnemers vervolgens een begin met het opstellen van de individuele angsthiërarchieën.

In de tweede zitting introduceerden de therapeuten een hyperventilatieprovocatietest. Enerzijds was deze bedoeld als experiment binnen de cognitieve benadering, namelijk om te demonstreren dat de angstwekkende lichamelijke sensaties ook kunnen worden opgeroepen door zoiets onschuldigs als verkeerd ademen. Anderzijds werkte de test als interoceptieve exposure aan de lichamelijke sensaties. De provocatie werd daarna telkens in de zittingen herhaald en thuis geoefend. Het opstellen van ieders eigen angsthiërarchie was een belangrijk onderdeel in de eerste twee zittingen. Dit was ook confronterend, omdat duidelijk werd dat de deelnemers allerlei situaties, vaak op subtiele wijze, vermeden.

Vanaf de derde zitting begon het moeilijke werk, namelijk het concrete oefenen. Het bleek belangrijk niet te lang te wachten met een eerste keer oefenen, omdat de spanning in de groep te veel kon oplopen. De eerste oefening werd ter introductie een 'snufflexposure' genoemd. Samen met de therapeuten oefenden de deelnemers situaties die voor iedereen haalbaar waren en dus laag in de angsthiërarchie stonden. Angstniveau en angstreacties werden hierbij geregistreerd en besproken. Na deze introductie gingen de patiënten oefenen met stappen uit hun eigen angsthiërarchie. Dit betrof het concreet zelfstandig autorijden. Vooraf werd in de groep besproken wat iedere deelnemer ging oefenen. Vaak was dit een soort brainstormen en onderhandelen met de therapeuten en overige deelnemers. Sommige deelnemers moesten afgeremd worden, terwijl anderen juist gestimuleerd werden er nog een schepje bovenop te doen. Het was opvallend hoe goed de deelnemers op de hoogte waren van ingewikkelde verkeerssituaties, wegwerkzaamheden, files en sluiptwegen.

De eerste vijf zittingen werd er geoefend vanuit de polikliniek. In de zesde zitting volgde een tussentijdse evaluatie. De daarop volgende zittingen werd geoefend vanuit een centraal ontmoetingspunt (een groot tankstation). Van hieruit konden deelnemers desgewenst oefenen in de binnenstad, op snelwegen, over bruggen of in tunnels. Na het oefenen meldden de deelnemers zich bij een van de therapeuten die achterbleven. De oefening werd geëvalueerd en de volgende opdracht werd afgesproken. De andere

therapeut reed in haar eigen auto rond, voor of achter een deelnemer, als eerste stap om bijvoorbeeld alleen een brug of tunnel te oefenen. Aan het eind van elke zitting werd huiswerk voor de komende week afgesproken. De tiende zitting was weer op de polikliniek met een eindevaluatie. Hierin werd terugvalpreventie besproken en werden afspraken gemaakt over het oefenen in de komende maanden. Er was een follow-up bijeenkomst na twee maanden.

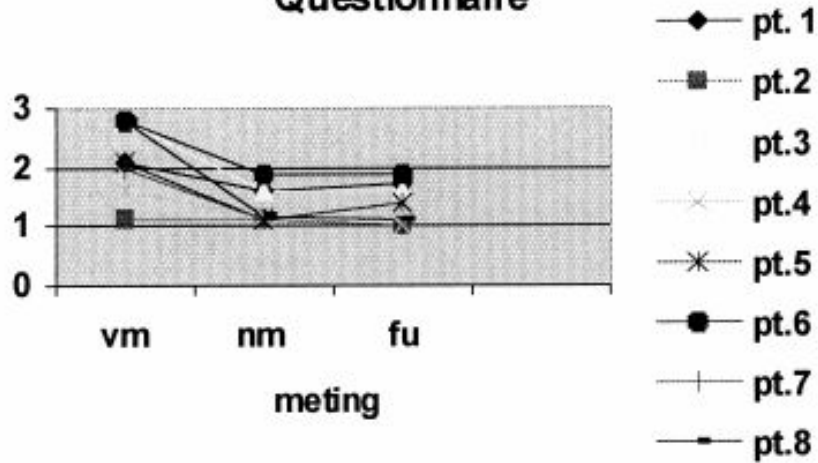
Willem Willemse was zeer gemotiveerd voor de Autogroep. Voor zijn werk moest hij regelmatig met de auto op pad. Hij probeerde hier zo veel mogelijk onderuit te komen, maar dat gaf toenemende problemen met zijn chef en directe collega. De eerste zittingen vielen voor hem wel mee. De hyperventilatieprovocatie kende hij al uit zijn individuele therapie. Bij het concrete oefenen begon het duidelijk moeilijker te worden. Bovenaan in zijn angsthiërarchie stond: in de file in de tunnel (angst: 100). Aangezien deze situatie zich dagelijks voordeed in de stad, moest dit te oefenen zijn. Begonnen werd met snelwegen, waarbij Willem als eerste stap achter een van de andere deelnemers aanreed (angst: 30). Nadat Willem de snelwegen alleen de baas kon, ging hij weer samen met een andere deelnemer de eerste brug aanpakken (angst: 60). Willem was vlijtig met het tussentijds oefenen. Elk weekend ging hij alleen met de auto op pad. Dit ging zo goed, dat Willem in de groep een voortrekkersrol kreeg. Bij nieuwe gezamenlijke oefeningen reed Willem nu voorop. Zo werden verschillende tunnels geoefend (angst: oorspronkelijk 80-90, nu 60). Bij de eindevaluatie bleek Willem in staat om alle autosnelwegen, bruggen en tunnels in de regio bij normale drukte alleen te kunnen rijden. Rijden in de spits met gevaar op files was nog moeilijk en de situatie 'in de file in de tunnel' stond nog steeds op angst 100. Er werden met hem verdere afspraken gemaakt over het oefenen met toenemende verkeersdrukten.

Resultaten

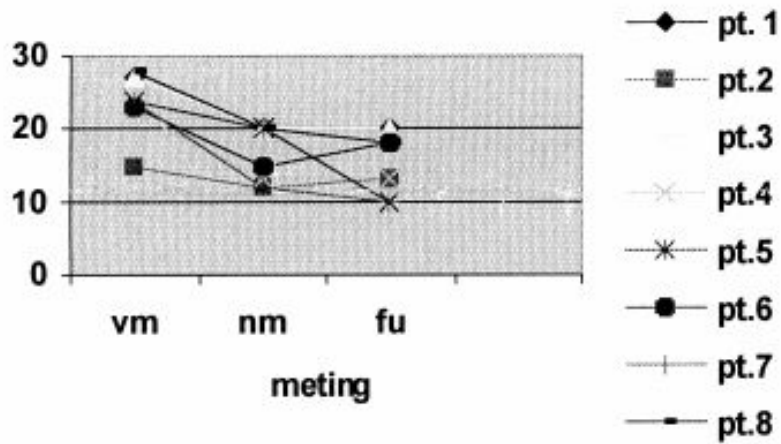
Van de tien patiënten stopten twee voortijdig de groepsbehandeling. Zij bleven beiden weg na de derde zitting. Navraag leerde dat de angst en de schaamte in de groep bij beiden te hoog was. Zij kregen individuele vervolgbehandeling aangeboden.

Figuur 1 geeft het verloop weer van de scores op de verschillende vragenlijsten, van de acht deelnemers die de groepsbehandeling afmaakten.

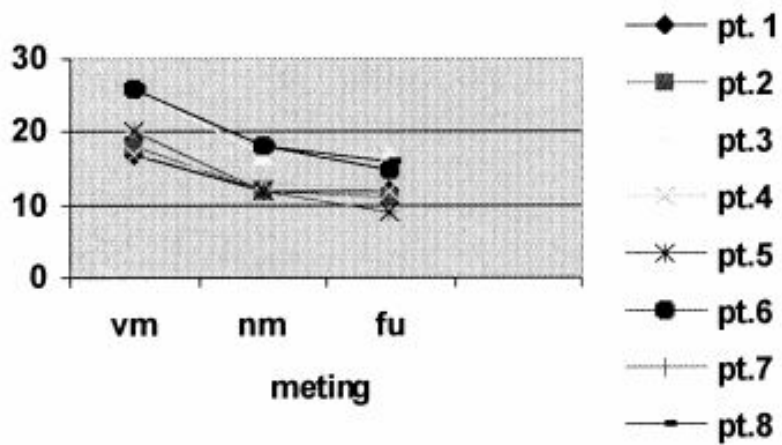
Agoraphobic Cognition Questionnaire



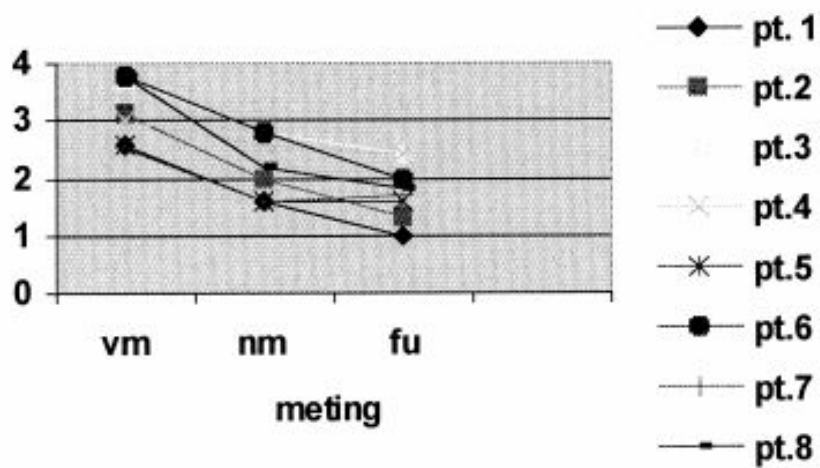
SCL-90 angst

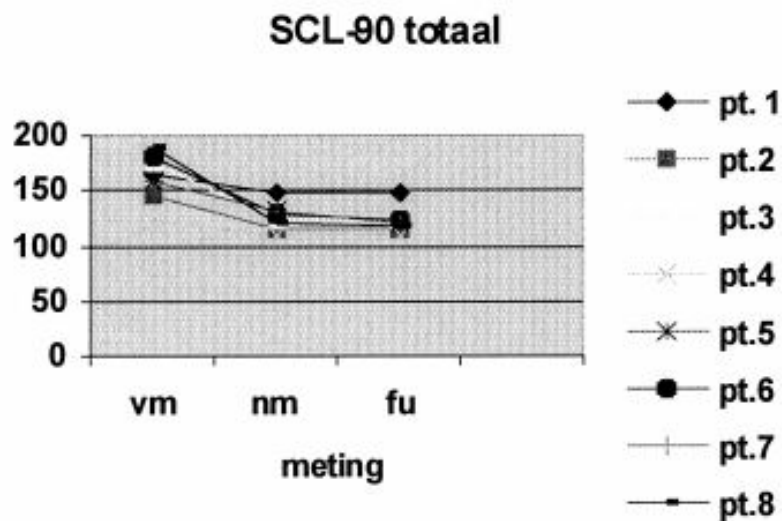
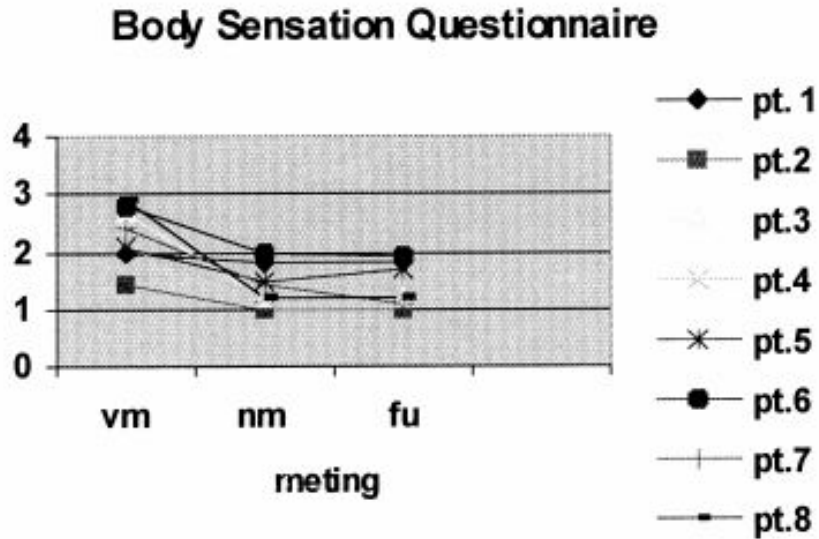


SCL-90 agorafobie



Mobility Inventory alleen





Figuur 1 Het verloop van de scores op de verschillende vragenlijsten op de voormeting (VM), nameting (NM) en follow-up na twee maanden (FU)

De resultaten laten zien dat alle patiënten gedurende de behandeling verbeterden op de meeste vragenlijsten. Bij de follow-up na twee maanden is terugval niet te constateren.

Ondanks de verbeteringen hadden aan het einde van de groepsbehandeling sommige patiënten nog last van angstklachten en vermijding. Bij de evaluatie was ook duidelijk dat deze patiënten slechts een gedeelte van hun angsthiërarchie hadden afgewerkt. Twee patiënten ontvingen na de groepsbehandeling nog individuele therapie om de behaalde resultaten te consolideren en te werken aan volgende stappen in de hiërarchie.

Beschouwing

De groepsbehandeling voor angst bij autorijden werd door de deelnemers en de therapeuten positief geëvalueerd. De deelnemers ervoeren het als waardevol om met lotgenoten aan een groepsbehandeling mee te doen. De anticipatie-angst was bij velen groot, maar de herkenning en later ondersteuning stimuleerden de meeste deelnemers tot enthousiast oefenen. Tijdens het groepsproces veranderde de angst en neiging tot vermijden in een uitdagende opwinding en in het nemen van volgende stappen. Aan het eind van de oefenzittingen was er vaak een opgewonden sfeer over de behaalde resultaten. De deelnemers namen rol en taalgebruik van de therapeuten over om elkaar te confronteren, aan te moedigen om nog een stap te oefenen en elkaar te bekrachtigen met de positieve resultaten. Bij de eindevaluatie en de follow-up bleek duidelijk dat voor alle deelnemers de actieradius met de auto aanzienlijk was vergroot. Voor velen bleven nog moeilijke situaties over, maar het zelfvertrouwen ten aanzien van het autorijden was sterk gegroeid. Bij de follow-up was bij sommige deelnemers de aandacht voor het oefenen wat verslapt, maar er was bij geen van hen een terugval te zien.

Al met al was dit een groepsbehandeling die effectief en efficiënt was. Met een beperkt aantal zittingen is een duidelijk positief resultaat bereikt, waarna slechts twee van de acht deelnemers nog verdere kortdurende individuele therapie nodig hadden. De scores op de vragenlijsten lieten eenzelfde beeld zien. Er was een duidelijke verbetering op de meeste maten. Ook het algeheel psychisch functioneren van de deelnemers was verbeterd.

De zittingen met de exposure in vivo, het praktisch oefenen, werden als het meest effectief beschouwd en dan vooral de zittingen waarbij geoefend werd vanuit een vast oefenpunt in de stad.

Het aantal mannen en vrouwen was gelijk over de groep verdeeld. Dit in tegenstelling tot het gebruikelijke hogere percentage vrouwen bij de angststoornissen. In hoeverre deze sekseverdeling gebruikelijk is bij deze specifieke groep moet nog verder worden onderzocht. Mogelijkerwijs kunnen mannen zich beroepsmatig het vermijden minder veroorloven. Wel was het verschil in presentatie in de groep opvallend. Bij de mannen overheerste de schaamte – succes bij het oefenen werd vaak weggewuifd en gerelativeerd. Bij de vrouwen overheerste de onzekerheid over eigen kunnen naast de schaamte, maar bij succesvol oefenen was er meer enthousiasme en trots.

Een speciaal punt bij deze groep was de inschatting van de risico's met de juridische consequenties. Het was de therapeuten niet toegestaan om samen met de patiënt in

de auto te oefenen. Dit was voor een aantal deelnemers duidelijk een beperking. De therapeut had voor hen in het begin sterker steunend en motiverend kunnen optreden, indien samen met de patiënt in de auto geoefend had kunnen worden. Er was wel de mogelijkheid om een rij-instructeur in te schakelen. Hiervoor kozen we niet, aangezien het naar ons idee primair ging om de behandeling van een angststoornis en niet om het aanleren van rijvaardigheden. De risico's bij het oefenen werden door de therapeuten op voorhand laag ingeschat, mede door hun eerdere ervaringen met deze groep patiënten. In de praktijk bleek dit ook zo te zijn. Zoals verwacht werden de grootste risico's die door de deelnemers werden beschreven, veroorzaakt door actief vermijdingsgedrag. Wel werd er tijdens de zittingen gelet op risicoverhogend gedrag. Zo hadden enkele deelnemers de neiging om op snelwegen erg langzaam te rijden, terwijl anderen juist de neiging hadden om extra hard door een tunnel of over een brug te rijden. Ook het voldoende in de spiegels kijken wilde er wel eens bij in schieten. Adequaat rijgedrag, zoals je houden aan de toegestane snelheden, in de spiegels kijken en snelheid maken bij het invoegen, werd bij het voorbespreken van het oefenen uitgebreid gememoreerd. Voor sommige deelnemers diende dit tevens als *coping* voor moeilijke nieuwe situaties.

De groep had twee deelnemers die voortijdig stopten, een man en een vrouw. Bij beiden leidde te grote schaamte tot het voortijdig stoppen met de groepsbehandeling. Bij één patiënt had dit mogelijk kunnen worden voorkomen, wanneer in het begin van het oefenen nog kleinere stappen waren gezet. De eerste stappen bleken voor hem te moeilijk, waardoor de schaamte nog verder toenam. Bij de andere patiënt speelden naast de angst voor autorijden andere klachten, die in de groep extra schaamte veroorzaakten.

De resultaten van deze groepsbehandeling hebben natuurlijk beperkingen. Het gaat hier om een multipele casusbeschrijving, die ongecontroleerd is. Verder is nog onduidelijk welke elementen van de groepsbehandeling essentieel zijn voor een positief therapieresultaat. De meetinstrumenten die we hebben gebruikt, richten zich op paniek en agorafobie in brede zin. Het is in de toekomst zinvoller om specifiekere instrumenten te gebruiken, waarbij niet alleen zelfrapportagelijsten, maar ook een gedragstest worden gebruikt. Juist bij zoiets praktisch als autorijden is een gedragstest goed uitvoerbaar.

Ondanks deze beperkingen zijn we positief over de ervaringen met een Autogroep. Vanwege het succes en het aantal patiënten met angst voor autorijden die zich op onze polikliniek aanmelden, is deze groep inmiddels een vast onderdeel van het behandelaanbod.

Abstract

A cognitive behavioural group treatment for patients with fear for driving in a car is described in this article. A group of ten patients was treated with a combination of psycho-education, cognitive restructuring and exposure in vivo. The exposure in vivo consisted of driving individually, partly supported by one of the therapists or other group members. The results of the group treatment were positive for eight of the ten patients. Two patients stopped the

treatment prematurely and received individual treatment. The improvements were sustained at the two months follow-up.

Referenties

- APA (American Psychiatric Association) (1994). *The Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington DC: APA.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). SCL-90. *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arts, W., Akkermans, M., Kromhout, J., & Rouwendal, E. (1997) Cognitieve-gedragstherapie in een groep voor patiënten met een paniekstoornis en agorafobie. *Directieve therapie*, 17, 343-358.
- Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, P. van, & Dyck, R. van (2001) *Behandelstrategieën bij angststoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1098.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jansin, S.E., Gracely, E.J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Craske, M.G. (1999). Anxiety Disorders. *Psychological approaches to theory and treatment*. Colorado: Westview Press.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Scholing, H.A. (1995). *Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G., & Mersch, P.P. (1986). Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: Short-term and delayed effects. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 77-90.
- Emmelkamp, P.M.G., Brilman, E., Kuiper, H., & Mersch, P.P. (1986). The treatment of agoraphobia: A comparison of self-instructional training, rational emotive therapy, and exposure in vivo. *Behaviour Modification*, 10, 37-53.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV AXIS I disorders – research version*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N., & Nolen, W.A. (1999). *Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I stoornissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Hout, M.A. van den, Arntz, A., & Hoekstra, R.J. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic not agoraphobia. *Behavior Research & Therapy*, 32, 447-451.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder. A critical analysis*. New York: Guilford.
- Taylor, J., & Deane, F.P. (2000). Comparison and characteristics of motor vehicle accident (MVA) and non-MVA driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 281-298.
- Taylor, J., Deane, F.P., & Podd, J.V. (2000). Determining the focus of driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 453-470.
- Telch, M.J., Lucas, J.A., Schmidt, N.B. Hanna, H.H., Jaimez, T. La Nae, & Lucas, R.A. (1993). Group cognitive-behavioural treatment of panic disorder. *Behavior Research & Therapy*, 31, 279-289.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID): Part II: multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.