



'Ik laat me ook veel te veel beïnvloeden door jullie!'

Genezende factoren van de groep die binnen PMT van invloed zijn op mensen met angstklachten

Student;

Jenny Bonten

Scriptiebegeleider;

Martin van de Blink

Scriptiebeoordelaar;

Paul Verschuur

Datum;

25/05/2009

School;

Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle

Opleiding;

*Psychomotorische Therapie en
Bewegingsagogie*

RS '06

o Voorwoord

Voor u ligt de casestudy die ik heb geschreven als afstudeeropdracht voor de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie. De afsluiting van een mooie en interessante opleiding die ik vier jaar lang met heel veel plezier heb gevolgd!

De aanleiding voor het onderwerp van deze scriptie is ontstaan tijdens mijn eindstage, die ik heb gelopen op de afdeling PMT bij RCG Venray, een regionaal centrum voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, onderdeel van GGZ NML. We waren aan het werk in de zaal, toen op een gegeven moment een cliënte riep; 'Ik kan me niet meer concentreren, ik wil veel te snel, ik maak fouten, ik laat me veel te veel beïnvloeden door jullie twee!'. Mijn interesse was gewekt...

Tijdens het werken aan deze scriptie, heb ik veel nieuwe inzichten opgedaan en werd ik eigenlijk alleen maar enthousiaster over het onderwerp. Daardoor moest ik erg opletten dat ik bij mijn onderzoeksvraag bleef. In de literatuur die ik had, vond ik erg veel informatie die ik óók interessant vond, maar die niet relevant was. Het maken van die scheiding vond ik af en toe lastig!

Ik heb met plezier aan deze scriptie gewerkt en ik hoop dat dat terug te lezen is!

Bij deze wil ik ook iedereen bedanken die medewerking heeft verleend aan deze casestudy; de cliënte voor haar uitspraak natuurlijk, Martin van de Blink, die mij heeft begeleid en waarvan ik het boek over genezende factoren van Yalom heb mogen lenen, en Paul Verschuur; beoordelaar van deze casestudy.

En natuurlijk mijn computer, die mij niet in de steek heeft gelaten tijdens het schrijven van mijn scriptie...

Zwolle, mei 2009
Jenny Bonten

o Inhoudsopgave

	Pagina
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Verantwoording	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1; Casuïstiek	
1.1 Beschrijving van de groep	6
1.2 Classificerende beschrijving volgens DSM-IV-TR	7
1.3 Hermeneutische beschrijving	7
1.4 Kritische beschrijving	8
Hoofdstuk 2; De invloeden op cliënten binnen PMT	
2.1 Algemeen	9
2.2 De genezende factoren	10
2.2.1 De genezende factoren, uitgewerkt	10
1. Het wekken van hoop	10
2. Universaliteit	11
3. Het geven van informatie	11
4. Altruïsme	12
5. Verbetering door herbeleving van oorspronkelijke gezinssituatie	12
6. Het ontwikkelen van sociale vaardigheden	13
7. Nabootsend gedrag	13
8. Leren van elkaar	13
9. Groepscohesie	14
10. Catharsis	15
11. Existentiële factoren	15
Hoofdstuk 3; Angst	
3.1 Hoe angst werkt	16
3.2 Angst bij een paniekstoornis met agorafobie	17
3.3 De etiologie van een paniekstoornis met agorafobie	17
3.2.1 <i>De algemene verklaringsmodellen;</i>	17
3.2.2 <i>Verklaringsmodellen specifiek voor paniekstoornissen met agorafobie;</i>	18
3.4 De behandeling van een paniekstoornis met agorafobie	19
Hoofdstuk 4; Conclusie	
4.1 Samenvatting	20
4.1.1 Genezende factoren	20
4.1.2 Paniekstoornis met agorafobie	20
4.2 Conclusie	21
4.2.1 Beantwoording deelvragen	21
4.2.2 Beantwoording onderzoeksvraag	22
Literatuurlijst	23
Bijlage I; Paniekstoornis met agorafobie volgens DSM-IV-TR	24

o Verantwoording

De aanleiding voor het onderwerp van mijn scriptie was een uitspraak die een cliënte, Anke, op een gegeven moment maakte tijdens de therapie op stage. De groep was bezig met een samenwerkingsopdracht, het was de bedoeling dat ze elkaar door een hindernisbaan heen zouden loodsen. Ze werkten in tweetallen. Anke, die de hindernisbaan liep, was geblinddoekt, de ander leidde de geblinddoekte er doorheen. Anke liep nog op het parcours terwijl het tweetal naast haar al klaar was. Die twee gingen bezig met het opjutten van anderen, lawaai maken en ze liepen overal doorheen. Dat hebben wij als therapeuten, laten gebeuren, omdat we benieuwd waren naar wat dit in de groep teweeg zou brengen. Anke die nog op het parcours liep, riep op een gegeven moment; 'Ik kan me niet meer concentreren, ik wil veel te snel, ik maak fouten, ik laat me veel te veel beïnvloeden door jullie twee!'. Die uitspraak vond ik erg interessant en het idee voor mijn scriptie was geboren! Ik ben altijd wel geïnteresseerd in groepsprocessen, hoe mensen op elkaar reageren, hoe je arousal kunt veroorzaken in een groep en hoe groepen in elkaar zitten wat de verschillende rollen betreft. Toen bedacht ik me dat dat hele groepsgebeuren vast nog veel meer invloed zou hebben op iedereen in een therapiegroep en ik vroeg me af of dat de therapie juist ten goede zou komen, of niet.

Naar aanleiding van mijn overpeinzingen heb ik mijn scriptiebegeleider, Martin van de Blink, gesproken en die reikte me toen het boek 'Groepspsychotherapie in theorie en praktijk' van Irvin D. Yalom aan. Dhr. Yalom is een bekende Amerikaanse psychiater, die veel studie gedaan heeft naar interactie binnen (psycho)therapiegroepen.

In bovenstaande situatie had de invloed van de ander een negatief resultaat op het handelen, Anke werd belemmerd in haar gedrag. Maar, het leverde ook inzicht op. Het was dus niet helemaal negatief...

Het boek dat ik kreeg ging over genezende factoren, dus factoren die mensen in therapie verder helpen, dus uiteindelijk een positieve uitwerking hebben op individuen binnen een groep¹. Nieuw voor mij en interessant! En aangezien de cliënte die de uitspraak deed een angststoornis heeft, wat ik ook erg interessant vind, wilde ik graag die twee koppelen en deze casestudy toespitsen op die problematiek.

Tijdens het werken met deze groep, merkte ik dat de invloed van anderen erg verschilt voor cliënten met angstklachten. Het wordt of juist als belangrijk gezien ('Zie je, hij vindt dat ook eng, ik doe dat niet hoor') of, het lijkt wel, als hen dat beter uitkomt, juist helemaal niet ('Ja maar, dat hij dat durft, betekent dat niet dat ik dat ook durf en dat het bij mij ook goed gaat'). Hoe het dus precies zit met de invloed van de groep op iemand met angstklachten, ga ik uitzoeken in deze scriptie.

Hieruit is de volgende onderzoeksvraag gerold;

'Welke genezende factoren van Yalom hebben binnen PMT invloed op mensen met een paniekstoornis met agorafobie?'

De volgende deelvragen zullen me helpen om een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvraag, aan de hand hiervan heb ik mijn hoofdstukindeling gemaakt;

- Genezende factoren; wat zijn het en welke factoren zijn er?
- Hoe werkt een paniekstoornis met agorafobie en kunnen genezende factoren daar invloed op hebben?
- Zo ja, welke factoren zouden de meeste invloed hebben op de cliënte uit de casus en wat zou ik daarvan kunnen merken in de praktijk?

¹ Dit wordt later in deze casestudy verder uitgewerkt

o Inleiding

Het doel van deze casestudy is dus om erachter te komen welke genezende factoren, die onderzocht zijn door Irvin D. Yalom invloed hebben op mensen met angstklachten binnen een PMT-groep. Dhr Yalom is één van de beroemdste psychiaters ter wereld en hij heeft studie gedaan naar groepsgedrag van mensen.

Dit ga ik onderzoeken door in deze casestudy verschillende stappen te nemen. In hoofdstuk 1 zal de casus verder uitgewerkt worden. Er wordt uitgelegd wat voor een groep de groep is waarin het voorval plaatsvond waarop deze scriptie is gebaseerd. Daarmee wordt de context duidelijker.

Vervolgens zal de diagnostiek van de cliënt die de opmerking 'Ik kan me niet meer concentreren, ik wil veel te snel, ik maak fouten, ik laat me veel te veel beïnvloeden door jullie twee!' maakte, worden behandeld.

In het hoofdstuk dat volgt, wordt uiteen gezet welke dingen invloed kunnen hebben binnen therapie. Daarna zal beschreven worden wat de genezende factoren van Yalom precies zijn en inhouden. Wat opviel, was dat de rol van de therapeut erg belangrijk is, dus daar is ook aandacht aan besteed bij de verschillende genezende factoren.

In hoofdstuk 3 wordt informatie gegeven over hoe een paniekstoornis met agorafobie ontstaat, over hoe angst werkt en welke componenten belangrijk zijn bij de behandeling, wat uiteindelijk zal helpen bij het matchen met de genezende factoren. Dit alles zal resulteren in een conclusie in het laatste hoofdstuk, waar een antwoord geformuleerd zal worden op de onderzoeksvraag van deze casestudy.

o 1. Casuïstiek

De cliënte die de opmerking maakte, waar mijn scriptie op gebaseerd is, is een 56-jarige vrouw met als diagnose 'Paniekstoornis met agorafobie'. Ik noem haar Anke in deze casestudy. De situatie waarin die opmerking geplaatst werd heb ik beschreven in het voorwoord. Om de context duidelijker te krijgen, volgt nu een beschrijving van de groep waarin zij PMT volgt. Het is een groep waarmee ik heb gewerkt op mijn eindstage².

o 1.1 Beschrijving van de groep

De groep waarin het voorval plaatsvond dat de aanleiding was voor mijn scriptie is de 'Resocialisatiegroep'. Dit is een open groep, wat inhoudt dat er tussentijds mensen weggaan als ze uitbehandeld zijn en er ook weer nieuwe mensen bijkomen. Er kunnen maximaal 12 mensen deelnemen. Deze groep is gericht op het leren van vaardigheden die nodig zijn om (weer) in hun eigen sociale omgeving te kunnen functioneren. Alledaagse dingen als; 'hoe vind ik werk', 'hoe houd ik werk', 'hoe onderhoud ik contact', maar ook 'hoe beweeg ik in een groep' en 'wie ben ik nou eigenlijk'. Kortom; alles wat nodig is voor hen om weer optimaal te kunnen functioneren in hun eigen omgeving. De problematieken lopen uit elkaar van borderline tot een paniekstoornis en van ADHD tot identiteitsproblematiek.

De PMT is bij deze groep gericht op ervaren en oefenen. Ervaren is een behandelstrategie die erop gericht is om te experimenteren met hun eigen gedrag, nieuw gedrag en de effecten daarvan op de omgeving. Zo kan de cliënt letterlijk ervaren wat zijn gedrag voor uitwerking heeft. Bij de behandelstrategie oefenen krijgen de cliënten duidelijke arrangementen voorgeschoteld, waarin ze worden geconfronteerd met situaties waarin ze dat nieuwe gedrag letterlijk kunnen oefenen.

Het referentiekader van waaruit vooral gewerkt werd is cognitieve gedragstherapie. Deze vorm van therapie is een samenvoeging van cognitieve therapie en gedragstherapie. Cognitieve therapie gaat er vanuit dat alles wat iemand doet wordt beïnvloed door het denken. In de gedragstherapie worden de, vaak onaangepaste, gedragingen van een cliënt onderzocht en wordt de cliënt geholpen om te oefenen met beter passende gedragspatronen. De combinatie kan de manier van denken en interpreteren beïnvloeden, maar ook het gedrag. Soms ligt de nadruk meer op het cognitieve aspect, dan weer op het gedrag of worden ze gekoppeld.

Deze groep heeft een vast weekprogramma van 3,5 dagen. Er wordt aandacht besteed aan het plannen van de week, aan dingen die moeten worden geregeld (afspraken met de arbodienst, financiële zaken of het zoeken van een geschikte vereniging/sportclub, bijvoorbeeld), er is twee keer per week een themabespreking betreffende een thema dat voor iemand uit die groep belangrijk is op dat moment en de groep volgt Goldstein-trainingen en verschillende vaktherapieën. Creatieve therapie, dramatherapie en PMT maken deel uit van het vaste programma. Daarnaast zijn er mogelijkheden om modules te volgen, als daar een hulpvraag voor is.

Om meer inzicht te krijgen in de diagnostiek van deze cliënte volgt nu een beschrijving vanuit verschillende invalshoeken.

² GGZ NML; RCG Venray, doelgroep; Volwassen psychiatrie

◦ 1.2 Classificerende beschrijving volgens DSM IV-TR³

De classificerende beschrijving, oftewel de technische invalshoek, gaat sec over de cliënt. De stoornis die de oorzaak is van de hulpvraag en andere eigenschappen van de cliënt die belangrijk zijn voor de behandeling worden hierin beschreven.

DSM-IV is zo'n classificatiesysteem. Elke as verwijst naar een eigenschap van de cliënt, waarvan het belangrijk is er informatie over te hebben, voor de verdere behandeling. Deze casus gaat over Anke, onderstaande diagnose is echter niet alléén op Anke van toepassing, hij geeft een globaal beeld van cliënten met een paniekstoornis met agorafobie.

Classificatie volgens DSM-IV;

As I (klinische syndromen);	Paniekstoornis met agorafobie ⁴
As II (persoonlijkheidsstoornissen);	-
As III (lichamelijke toestand);	Rugklachten
As IV (psychosociale problemen);	Verlies van werk
As V (algemeen niveau van functioneren) GAF-score;	Variërend; 45-55

◦ 1.3 Hermeneutische beschrijving

Deze invalshoek richt zich op de relatie van de cliënt met zijn omgeving. Het gaat om het begrijpen en het interpreteren van het gedrag van de cliënt.

Anke kwam in december '08 in de Resocialisatiegroep. Ze is 56 jaar, heeft kort blond haar, een normaal postuur, ze ziet er altijd verzorgd uit en heeft een vriendelijke, ietwat schuchtere uitstraling. Dit doordat haar houding wat 'in elkaar' is, haar schouders hangen iets naar voren en ze staat onderuitgezakt.

Anke is getrouwd met Wim en ze hebben samen twee kinderen die ondertussen het huis uit zijn. Ze wonen allebei in de buurt en ze heeft er een goed contact mee. Ook heeft ze nog contact met haar ouders. Ze heeft altijd met veel plezier administratief werk gedaan, waar ze mee heeft moeten stoppen door haar drukke therapieprogramma.

In de groep kijkt ze altijd eerst de kat uit de boom, ze zal nooit het voortouw nemen. Ze voelt zich wel al meer op haar gemak in de groep dan in het begin, ze laat meer van zich horen én zien; ze doet meer activiteiten mee. In het bewegen is ze onopvallend, ze maakt voornamelijk 'kleine' bewegingen; ingetogen. Ze wil graag alles onder controle houden. Ze is bang om 'en public' een paniekaanval te krijgen.

In het spel kan ze zich af en toe laten gaan, dan wordt Anke uitbundiger en is ze meer aanwezig. Dit echter alleen bij rustigere spelen die ze vaker heeft gespeeld, waarvan ze precies weet hoe het gaat. Anders is ze bang dat ze misschien iets geks zou kunnen doen, of dat anderen vinden dat ze iets geks doet, ze is bang voor controleverlies in sociale contexten.

Anke is heel zorgend en zal altijd anderen helpen. Dat doet ze graag, al zou ze graag duidelijker haar grens willen aangeven en 'nee' zeggen. Dat durft ze namelijk niet goed, ze is bang om afgewezen te worden en gezien te worden als 'een harteloos kreng', zoals ze zegt. Het oordeel van de ander is voor haar erg belangrijk. Door het negatieve beeld dat ze van zichzelf heeft, vult ze dit oordeel vaak van tevoren alvast (verkeerd en negatief) in. Hier werkt ze aan door feedback te vragen aan anderen en na te vragen of ze echt dachten wat zij dacht dat ze dachten. Anke is zeker gemotiveerd om haar paniekaanvallen onder controle te krijgen en ze wil heel graag weer makkelijker de straat opgaan.

³ DSM IV-TR American Psychiatric Association, 2001

⁴ Voor algemene beschrijving, zie bijlage 1

o **1.4 Kritische beschrijving**

De kritische invalshoek kijkt vooral naar de omgeving en de factoren die hierin aanwezig zijn die de situatie tot een hulpbehoevende situatie maken.

Anke is getrouwd met Wim en ze hebben samen twee kinderen die ondertussen het huis uit zijn. Ze is opgegroeid in een gezin met nog vier andere kinderen. Ze is erg beschermd opgevoed, haar moeder was erg bezorgd om haar kinderen. Anke heeft nog steeds contact met haar ouders, maar dat steeds minder soepel. Ze worden steeds meer hulpbehoevend en aan de ene kant vindt ze dat ze voor hen moet zorgen, maar aan de andere kant heeft ze haar handen vol aan zichzelf. Ze kan moeilijk 'nee' zeggen. Soms merkt ze ook achteraf pas dat ze 'nee' had moeten zeggen.

Buiten haar kinderen en ouders heeft ze qua sociale contacten een paar vriendinnen. Het contact is de laatste tijd minder. Ze wil bijvoorbeeld niet meer naar verjaardagen, omdat dan de woonkamer vol mensen zit, dit is te druk en beangstigend voor Anke. Met Wim erbij gaat het wel beter, dan voelt ze zich rustiger en durft ze meer.

Sinds ze in deze groep therapie volgt, werkt ze niet meer. Ze heeft altijd met veel plezier administratief werk gedaan en ze vindt het erg vervelend dat ze heeft moeten stoppen hiermee.

Voordat ze in deze groep kwam, had ze al verschillende therapieën gevolgd, in een andere groep binnen RCG Venray en op een andere kliniek, waar het doel vooral was om de medicatie goed af te stellen. Naar aanleiding van één de behandelingen heeft ze een hondje gekocht, waarmee ze tegenwoordig vaste routes wandelt. De reden dat ze opnieuw is verwezen naar de GGZ was dat ze weer vaker last kreeg van paniekaanvallen. Tijdens het wandelen met haar hondje is ze ook een keer gestuit op een overval op een winkel die op één van haar vaste routes lag, waardoor ze weer erg angstig werd om de straat op te gaan. Ze gaf zelf aan ook bang te zijn om weer een paniekaanval te krijgen, waardoor ze constant gespannen is en erg op haar hoede. Bij alles.

2. De invloeden op cliënten binnen PMT

o 2.1 Algemeen

De meest voor de hand liggende factor die een belangrijke invloed heeft op de therapie, is de groep zelf, de andere cliënten. Bij de groep waarin de gebeurtenis plaatsvond is het zo dat de cliënten allemaal een eigen hulpvraag hebben. Er zijn dus twaalf cliënten met elk hun eigen persoonlijkheid, hun eigen problematiek en dus met hun eigen invloed op de groep en op de anderen. De invloed die cliënten op elkaar hebben, wordt door Irvin D. Yalom samengevat in de 'genezende factoren'. Hierover volgt in hoofdstuk 2.2 meer.

De setting waarin de therapie plaatsvindt kan ook invloed hebben op de cliënten. PMT is vaak in een zaal, waar veel bewegingsruimte is en waar misschien ook wel attributen, zoals ringen, wandrekken of basketringen zichtbaar aanwezig zijn. Dit kan al van alles oproepen, iemand kan bijvoorbeeld een gruwelijke hekel hebben gehad aan gymlessen op de basisschool, die in soortgelijke ruimte plaatsvonden. Diegene zal met een ander gevoel de zaal in stappen dan iemand die het liefst twintig uur per week gymles had. Ook is een gymzaal vaak een grote ruimte, een gegeven dat ook beangstigend kan zijn. Dat geldt ook voor Anke, de cliënte uit de casus. Zij vindt het lastig dat PMT in zo'n grote zaal is, omdat ze dan makkelijker het overzicht kan verliezen. Ze zorgt ook altijd dat ze met de rug naar de dichtstbijzijnde muur staat en, als het even kan, dat er niemand achter haar staat, zodat ze zoveel mogelijk overzicht, dus controle, houdt.

Het kan ook zo zijn dat er in die zaal alvast een arrangement klaar staat. Dat arrangement kan gedachten, herinneringen en daarmee een bepaald gevoel oproepen. Van 'Wat gaat er nu gebeuren?', tot 'Maar dat kan ik helemaal niet' of 'Yesss!'. Je kunt je voorstellen dat de mensen met deze verschillende gedachten elk anders aan een zelfde opdracht zullen beginnen.

Verder is de invloed van de therapeut natuurlijk belangrijk. Die benoemt wat hij ziet, geeft betekenis aan het gedrag, manipuleert de context om bepaald gedrag uit te lokken, toont betrokkenheid, oprechtheid en empathie. Diezelfde therapeut kan bij verschillende cliënten verschillende reacties oproepen, de één kan misschien goed met hem overweg, de ander niet. Ook kan het zo zijn dat de therapeut lijkt op iemand die de cliënt al kende en dat de cliënt hem vervolgens daarmee identificeert. Dat kan zowel positief als negatief uitpakken voor de therapeut-cliëntrelatie.

Kortom; heel veel verschillende factoren die invloed kunnen hebben op de therapiedeelname van een cliënt. Voor deze scriptie heb ik gekozen om me toe te spitsen op de invloed die cliënten op elkaar hebben, door een Amerikaanse psychiater, Dhr. Yalom, beschreven als 'genezende factoren'.

◦ **2.2 De genezende factoren**

Yalom begint zijn boek met de stelling; '*therapeutische verandering is een ingewikkeld proces, dat plaatsvindt door een ingewikkelde wisselwerking van verschillende geleide menselijke ervaringen*'. Deze noemt hij; '*genezende factoren*'. Hij onderscheidt er elf;

1. Het wekken van hoop
2. Universaliteit
3. Het geven van informatie
4. Altruïsme
5. Verbetering door herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie
6. Het ontwikkelen van sociale vaardigheden
7. Nabootsend gedrag
8. Leren van elkaar
9. Groepscohesie
10. Catharsis
11. Existentiële factoren

Hierbij geeft hij als kanttekening dat deze verschillende factoren niet apart van elkaar voorkomen en niet los van elkaar functioneren. Het verschilt ook per groep en per fase waarin de groep zich bevindt, welke factoren het meest van invloed zijn. In de praktijk is er veel wisselwerking en overlapping tussen de factoren en is het vaak zo dat de ene genezende factor de werking van de andere mogelijk maakt.

◦ **2.2.1. De genezende factoren, uitgewerkt**

1. Het wekken van hoop

Cliënten hebben hoop nodig om in therapie te gaan en te blijven. Als men geen verbetering wil of hoopt, zal er ook geen verbetering optreden. Uit onderzoek is gebleken dat cliënten met hoge verwachtingen en meer hoop vaker een positiever therapieresultaat bereiken. En kijk maar eens naar het effect van placebo's; mensen geloven dat iets een bepaalde werking heeft, en die heeft het inderdaad...

Belangrijk bij dit punt is dat cliënten in therapiegroepen hoop op verbetering krijgen, zodra ze horen en zien dat andere het met groepsleden die al langer in de groep zitten beter gaat. Dat ze beter of anders om kunnen gaan met hun problematiek. Zien dat anderen vooruitgang boeken, motiveert om te blijven deelnemen en om inzet te blijven tonen.

Een mooi voorbeeld hiervan is de werking van de Anonieme Alcoholisten; deze groepen worden geleid door mensen die zelf ook alcoholist zijn geweest, dus dezelfde problemen hebben meegemaakt. Leden voelen zich begrepen, doordat degene die de groep leidt hetzelfde heeft meegemaakt én de weg terug heeft gevonden. Dat geeft hoop.

Een ander voorbeeld dat ik zelf in de zaal heb meegemaakt is dat we gingen badmintonnen, waarbij één cliënt het helemaal niet zag zitten. Totdat een andere cliënt, die nu een aardig shuttletje slaat, hem vertelde dat hij ook zo begonnen was, hem tips ging geven en ging helpen. Toen kreeg de 'kneus' weer nieuwe hoop en ging hij met frisse moed aan de slag!

Het is belangrijk dat de psychomotorisch therapeut hierin aandacht geeft aan de vooruitgang die anderen boeken of al geboekt hebben. Dat hij dit benoemt, zodat het duidelijk wordt en een plek krijgt voor de cliënt zelf die de vooruitgang heeft geboekt, maar ook voor de rest van de groep.

2. Universaliteit

Vaak is het zo dat cliënten zich alleen voelen met hun probleem; ze denken; 'Ik ben de enige'. Die gedachte wordt gevoeld door het isolement of de eenzaamheid, die vaak ook bestaat bij cliënten. Ze voelen zich onbegrepen door hun omgeving, omdat ze het idee hebben dat ze de enige zijn met dit soort problemen. Als de cliënt dan in een groep komt met lotgenoten, voelt hij zich daardoor vaak herkend in zijn problemen. De eenzaamheid wordt minder en hij voelt zich dichter betrokken bij de anderen in de groep. 'We zitten in hetzelfde schuitje...', is een opmerking die wordt opgeroepen door het ervaren van die universaliteit.

De therapeut kan universaliteit versterken door te vragen naar herkenning. Anke, de cliënte uit de casus, wordt bijvoorbeeld op een bepaald manier door het hindernisparcours geleid. De PMT'er kan vragen of Anke kan uitleggen hoe ze is begeleid en vervolgens vragen of er meer mensen zijn die voor diezelfde strategie hebben gekozen. Of als iemand een zelfonthulling doet, dat hij altijd boos wordt als iets hem niet lukt bijvoorbeeld, kan de therapeut vragen of er mensen zijn die dat gevoel herkennen, of bij wie het 'falen' ook een bepaald gevoel oproept. Als dat zo is, zal de cliënt die de zelfonthulling deed, zich meer begrepen voelen en universaliteit ervaren.

Universaliteit speelt bij alle mogelijke groepen een rol; het verklaart de aantrekkingskracht tussen mensen. Cliënten met overeenkomsten in klachten voelen zich snel met elkaar verbonden, maar ook mensen die van voetbal houden of studenten die dezelfde opleiding doen voelen zich sneller met elkaar verbonden. Weerstand tegen de therapeut of een bewegingsactiviteit hebben die men 'als groep' leuk vindt, scheppen ook universaliteit.

3. Het geven van informatie

Het geven van psycho-educatie, oftewel didactisch onderricht over geestelijk ziek zijn, over ziektebeelden en advies, suggesties en begeleiding daarin vallen onder dit kopje. Bij sommige groepen zit dit impliciet in het programma, bij de groep die ik had was dat niet zo. Wel werd er iedere keer bij een nieuw lid een korte introductie gegeven over PMT, dat hoort ook bij psycho-educatie. Ook gaan mensen uit de groepen uiteindelijk zelf dingen aan elkaar uitleggen en advies geven. Dan hoeft datgene wat gezegd wordt, niet eens van zo heel grote waarde te zijn, maar het feit dat het gezegd wordt is al heel belangrijk. Nieuwe leden voelen zich gezien en 'oude' leden voelen zich betrokken genoeg om te willen helpen en zeker genoeg van zichzelf om een ander te helpen. Uitleg en duidelijkheid helpen iemand verder, onzekerheid kan een negatief effect hebben. *'Secundaire angst, voortkomend uit het niet kennen van de bron, is vaak erger dan de bron zelf' (Jerome Frank).*

Wat bijvoorbeeld voorkomt qua psycho-educatie binnen PMT is bijvoorbeeld bij mensen met angstklachten informatie geven over lichaamssignalen die te herkennen zijn bij angst. Er wordt hen geleerd wat signalen kunnen zijn en om die signalen vervolgens te herkennen.

Op stage gebruikten we het G-schema, waarbij irrationele gedachten worden herzien. Een voorbeeld hiervan is het volgende. We waren in de zaal bezig met een stoeiopdracht; het was de bedoeling dat ze de ander eerder zouden tikken op de knieën, dan dat ze zelf getikt zouden worden. Anke had van tevoren aangegeven dat ze moeite had met lichamelijke nabijheid. Hierop gaf ze ook aan dat ze de oefening niet zou doen, want dan zou ze een paniekaanval krijgen. Eerst hebben we met haar dat mechanisme uitgezocht; van tevoren bedacht ze dat ze vast een paniekaanval zou krijgen, waardoor ze de angst al voelde, verkrampte en ze de opdracht niet wilde doen. We hebben toen gekeken hoe ze de oefening wél zou kunnen doen. Ze kwam zelf met de oplossing dat ze met een bal wél zou kunnen tikken, dan zou er geen direct lichamenlijk contact zijn. Achteraf herzag ze haar eerste gedachte, ze kon de oefening wel doen zonder een paniekaanval te krijgen en ze beseftte dat die eerste gedachte bepalend was geweest voor haar verdere gedrag.

4. Altruïsme

Een ander woord voor altruïsme is 'onbaatzuchtigheid'. Dit houdt in dat cliënten niet alleen op eigen voordeel uit zijn, dus niet alleen maar krijgen, maar ook geven. Bij veel mensen is het ook zo dat ze krijgen door te geven; het geeft vertrouwen als je iets kunt betekenen voor de ander. Dat is vaak nieuw voor cliënten; een cliënt ziet zichzelf in het begin vaak als een last voor de ander, maar in een therapiegroep merkt hij dat hij ook belangrijk kan zijn voor de ander. Dat geeft vertrouwen, dat versterkt het gevoel van eigenwaarde en de betrokkenheid binnen de groep neemt toe. De therapeut kan dit stimuleren door andere cliënten als ervaringsdeskundige te laten optreden; adviezen te laten geven, suggesties laten doen of inzichten laten geven. Warren Duffy heeft ooit gezegd; *'Je kunt iemand helpen door hem jou te laten helpen'*. Mensen hebben het nodig om zich nodig te voelen. Ook kan het helpen van de ander iemand helpen om meer naar buiten gericht te worden. Cliënten zijn vaak erg bezig met hun eigen problemen. Door de blik naar buiten te richten, gaat hun aandacht daar even vandaan.

Verder worden dat observaties of opmerkingen van andere cliënten uit de groep vaak als meer waardevol gezien door cliënten, dan observaties of opmerkingen van een therapeut. Die zijn namelijk spontaner en eerlijker, omdat cliënten er zelf niet bij gebaat zijn, een therapeut wel, voor hem is het gewoon zijn werk waar hij zijn brood mee verdient.

5. Verbetering door herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie

Een therapiegroep doet vaak denken aan een gezin dat samenleeft. Het is zeer waarschijnlijk dat cliënten binnen de groep op dezelfde manier met hun medecliënten en begeleider omgaan, als ze vroeger met hun ouders of andere familieleden zijn omgegaan. Een cliënt kan proberen de andere cliënten zwart te maken om zelf in een goed blaadje te komen, hij kan heel zorgend zijn naar de andere cliënten of constant de clown uithangen om de sfeer goed te houden of zich afhankelijk of juist heel onafhankelijk opstellen van de therapeut, bijvoorbeeld. Deze mechanismen zijn vaak terug te voeren op hoe de cliënt vroeger in het gezin was. Zijn opstelling ten opzichte van de cliënt, zegt iets over de relatie die de cliënt vroeger met zijn ouders had. Of die hetzelfde was of juist tegenovergesteld, waardoor hij nu dit gedrag vertoont omdat hij dat bij zijn ouders..., het kan allemaal. Het gaat erom dat het gedrag van nu terug te voeren is op de oorspronkelijke gezinssituatie. Binnen de PMT kun je rollen duidelijk terugzien in teamspelen; hierin heeft iedereen een duidelijke rol. Je kunt de rollen die de cliënten innemen bespreken aan de hand van wat er gebeurt en vergelijken met hun rol in de groep en in hun gezin. Doordat de cliënt gaat doen en letterlijk gaat ervaren en dan ook nog van de ander te horen krijgt hoe hij het doet, wordt het gedrag extra duidelijk.

De groep wordt door Dhr. Yalom ook wel 'sociale microkosmos' genoemd. Hij gaat ervan uit dat de groep de sociale omgeving van de cliënt vertegenwoordigt en de manier laat zien waarop de cliënt zich in zijn sociale omgeving beweegt. Is er binnen de groep sprake van vrije interactie en wordt de cliënt weinig beperkt in zijn gedragingen, dan zal hij zijn slecht aangepaste gedrag sneller laten zien. Het is dan zaak dat de therapeut dit slecht aangepaste gedrag eruit pikt, dit samen met de cliënt duidelijk krijgt en gaat onderzoeken. Hierop kan nieuw, beter aangepast gedrag worden uitgetoond.

Yalom spreekt in zijn boek ook over het belang van de corrigerende emotionele ervaring. Een corrigerende emotionele ervaring houdt in dat een cliënt wordt blootgesteld aan emotionele situaties, waar hij in het verleden niet mee om kon gaan. De cliënt bevindt zich nu in een gunstigere situatie en hier kan hij ontdekken of zijn reacties van toen wel pasten in hoe je met mensen omgaat of in de situatie van toen. Daarna moeten er ook woorden gegeven worden aan datgene wat er is gebeurd. De cliënt gaat dus eerst voelen en ervaren, maar hij moet ook begrijpen wat hij uit die ervaring kan concluderen, of hij zijn gedrag in het vervolg moet corrigeren en zo ja, welk gedrag beter passend zou zijn.

Als ik deze genezende factor koppel naar de Resocialisatiegroep, waar Anke uit de casus aan deelneemt, gaat het niet over het wroeten in het verleden van de cliënten. De link

naar de oorspronkelijke gezinssituatie wordt gemaakt aan de hand van wat er in het hier en nu gebeurt. Hierin is PMT erg mooi, want als de cliënten in de zaal bezig zijn, gebeurt alles letterlijk 'hier en nu'. Over het proces in de zaal wordt dan gesproken en vanuit hier kan dan verwezen worden naar het verleden.

6. Het ontwikkelen van sociale vaardigheden

Dit is een factor die altijd aanwezig is. Cliënten leren altijd wat over de omgang met andere mensen als ze bezig zijn in een groep. Ze leren de anderen beter kennen en reageren op elkaar. De vaardigheden die precies geleerd worden, de aard en de duidelijkheid van het proces hierin verschillen echter per type van therapie en per fase in de therapie. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een cliënt weinig intieme relaties heeft en een therapiegroep voor hem sinds lange tijd de eerste mogelijkheid is voor feedback, dus dat hij voor het eerst hoort over zijn slecht aangepaste gedrag. Ook kan het zo zijn dat de nadruk al expliciet ligt op het ontwikkelen van sociale vaardigheden, in een SOVA-training. Er wordt bij beide gewerkt aan sociale vaardigheden, maar bij elke therapie op een andere manier, bij allebei ligt het accent anders.

Een aantal dingen die opvallen wat sociale vaardigheden betreft bij mensen die al langer in therapie zitten, zijn dat ze aangepast gedrag vertonen aan het proces; ze zijn gewend aan therapie en gedragen zich naar de normen en waarden van de groep. Ook hebben ze geleerd hoe ze de ander kunnen helpen door te reageren, om hun gevoel te ervaren en uit te drukken en om conflicten op te lossen, door al datgene wat er in de groep gebeurd is.

7. Nabootsend gedrag

Deze genezende factor gaat erover dat groepsleden op een gegeven moment elkaars gedrag gaan uitproberen als ze zien dat gedrag een resultaat heeft wat hen aan staat. Zo gaat de cliënt uitvinden welk gedrag wel of niet bij hem past. Ook kan het zo zijn dat de cliënt het gedrag van de therapeut gaat nabootsen. 'Goed voorbeeld doet goed volgen', wordt ook wel eens gezegd.

Dit kan heel simpel 'nadoen' zijn, in het bewegen bijvoorbeeld; een cliënt ziet iemand anders keer op keer die basketbal in het net schieten en probeert zijn techniek over te nemen. Maar dit kan bijvoorbeeld ook zijn op het gebied van sociale vaardigheden. Iemand merkt dat anderen hem steeds aankijken tijdens het praten, iets wat de cliënt zelf niet deed. Hij merkt dat de ander het prettig vindt om oogcontact te maken en dat het contact met de ander er ook door verbetert, waardoor hij het zelf ook gaat toepassen.

8. Leren van elkaar

'Psychiatrie is het bestuderen van processen waarbij mensen betrokken zijn of die zich tussen mensen afspelen'. Dit is een citaat van Harry Stack Sullivan, een Amerikaanse psychiater en psychotherapeut, die bekend staat om het belang dat hij toedient aan interpersoonlijke relaties. Daar gaat deze genezende factor ook over. Bij mensen in de psychiatrie is er sprake van interpersoonlijke processen die niet matchen met de situatie waarin iemand zich bevindt. De reactie van de cliënt op wat er gebeurt is inadequaat en niet passend. De cliënt bereikt er niet dátgene mee wat hij zou willen, het gedrag is dus niet bevredigend. Hierop moet de behandeling gericht zijn. Na de verlichting van het lijden, wat vaak het eerste doel is bij therapie, moet er aandacht besteed worden aan het contact met de medemens.

Mensen kunnen op verschillende manieren van elkaar leren. Door iets functioneels uit te leggen; hoe houd je een badmintonracket vast? Maar ook door elkaar te helpen met het ordenen van ervaringen binnen de therapie en die ervaringen te koppelen aan eerdere ervaringen. Medecliënten kunnen een goed beeld hebben van hoe een ander reageert en ze kunnen hier ook overeenkomsten in ontdekken. Toen we bijvoorbeeld op stage gingen klimmen op de klimwand, waren er cliënten die elkaar eraan herinnerden hoe ze de vorige keer aan de wand hadden gehangen; gespannen of juist niet, vol vertrouwen of juist niet. Er was één iemand die toen erg veel last had gehad van de toeschouwers,

terwijl ze aan het klimmen was. Daardoor voelde ze zich totaal niet op haar gemak, trilde ze en klom ze heel krampachtig. Deze keer zag het veel soepeler uit en dat werd ook opgemerkt door haar groepsleden. Dit had ze zelf niet zo in de gaten, dus het was waardevol dat de groep haar feedback gaf en hielp met het maken van de koppeling, ze voelde zich nu meer op haar gemak, omdat ze de groep beter en al langer kende, wat voor haar ook herkenbaar was uit situaties buiten therapie, want bekendheid was veiligheid voor haar.

Ook kan men elkaar helpen met het signaleren van symptomen, de betekenis hiervan uitzoeken en kan geholpen worden met het zoeken van verbanden tussen wat iemand denkt, voelt en hoe iemand handelt in de interactie met anderen.

Verder kunnen cliënten leren door interpersoonlijk leren. Dit houdt in dat ze van medecliënten en therapeut feedback krijgen op hoe ze zijn in de interactie met anderen. Iemand krijgt feedback op zijn handelen, leert hoe hij overkomt op anderen en krijgt hierdoor een realistischer zelfbeeld. Vooral positieve feedback; waardering uitspreken over positieve eigenschappen en gewoontes, leidt uiteindelijk tot een gunstige behandeluitkomst. Een kind ontwikkelt en behoudt immers ook sneller de eigenschappen die worden bevestigd en leert de eigenschappen waarvoor hij gestraft wordt af. Zo wordt zijn persoonlijkheid gevormd. Datzelfde geldt voor de positieve feedback in therapie. Kritiek, oftewel negatieve feedback, wordt zelfs beter ervaren als er positieve feedback aan vooraf gaat.

Het aanpakken van overdracht is ook belangrijk bij deze genezende factor. Het kan zijn dat de cliënt een andere cliënt of de therapeut ziet met andere eigenschappen dan die medecliënt of therapeut in werkelijkheid heeft. Dit verschijnsel heet 'overdracht'. Hij gaat dan zijn eigen gedrag hierop aanpassen, waardoor hij door die medecliënt of therapeut benaderd wordt zoals hij verwacht. Dit wordt 'Self Fulfilling Prophecy' genoemd. Dit is een mechanisme dat vaak voorkomt, maar wat de cliënt zelf niet door heeft. Hij heeft de andere cliënten en de therapeut nodig om dit in te zien en leert zo van de ander. Overdracht is te veranderen door het uitspreken van gevoelens ten opzichte van elkaar, door betekenis te geven aan de situatie, door de overdracht dus te behandelen.

9. Groepscohesie

Cohesie wordt ook wel omschreven als 'het groepsgevoel', het 'wij-gevoel', 'de krachten die het voor de hele groep makkelijker maken' of 'de onderlinge band' van de groepsleden. Hoe beter de onderlinge samenwerking en acceptatie, hoe beter die onderlinge band. Is die onderlinge band goed, dan wordt er gesproken van een groep met een hoog niveau van cohesie. In een groep met een hoog niveau van cohesie voelen cliënten zich aangetrokken tot de groep, ze voelen zich thuis. Ze behoren weer tot een groep en worden door een groep mensen geaccepteerd. Dat geeft veiligheid, zorgt dat mensen gemotiveerd blijven om deel te nemen aan therapieën en het verbetert de samenwerking. Hierdoor zal een groepslid eerder belangrijke informatie, zelfonthullingen en ervaringen delen, wat de cohesie weer bevordert. De ervaring dat cliënten tóch worden geaccepteerd door de groep, bij dingen die ze over zichzelf vertellen die ze zelf vreselijk, gênant of pijnlijk vinden, is erg waardevol. Het ervaren van dat 'wij-gevoel' geeft een cliënt het idee van 'erbij horen'. Dit is een ervaring die op zichzelf al therapeutisch kan werken, omdat veel cliënten lang het idee en het gevoel hebben gehad er juist níét bij te horen. Groepscohesie is dus eigenlijk meer een voorwaarde voor effectieve therapie, dan een genezende factor.

In een groep met een hoog niveau van cohesie, is de kans op een ideaal therapieklimaat groter. Een ideaal therapieklimaat is er een waarin de omstandigheden zó zijn dat iemand zichzelf kan laten zien en onderzoek durft te doen naar zichzelf en zijn interactie met anderen.

Uit onderzoek (J. B. Clark and S. Culbert, *Mutually Therapeutic Perception and Self-Awareness in a T-Group*, *J. Appl. Behav. Sci.*,: 180-194, 1965) is gebleken dat groepen met een hoger niveau van cohesie een beter therapieresultaat bereiken.

Uit een ander project (I. D. Yalom, J. Tinklenberg and M. Gilula, *Curative Factors in Group Therapy*, ongepubliceerde studie) is gebleken dat ook cliënten groepscohesie als 'grootste groepstherapeutische waarde' bestempelen.

Toch kan cohesie ook een 'negatieve' uitwerking hebben. Het kan benauwend werken. Om bij de groep te willen horen, kan iemand datgene wat hij eigenlijk écht zou willen inbrengen achterwege laten. Ook kan groepsgedrag leiden tot het buitensluiten van één iemand, die bijvoorbeeld minder (snel) en de groep meedraait. Er moet worden gewaakt voor 'groepsdenken', dat ondermijnt de onderlinge verschillen, waar juist ruimte voor zou moeten zijn en die juist boven tafel zouden moeten komen als iedereen zich gewaardeerd en gezien voelt.

Het is belangrijk dat de therapeut waakt over de cohesie en dat hij elke kracht die die groepscohesie eventueel zou kunnen aantasten, herkent en er wat aan kan doen.

10. Catharsis

Catharsis wordt ook wel omschreven als 'het reinigen van de ziel'. In therapie kan dat door een emotionele of opluchtende gebeurtenis. Dat hoeft geen heftige situatie te zijn, een cliënt voelt zich vaak al opgelucht als hij kan delen hoe hij zich in de groep voelt. Emotioneel, gespannen, goed of slecht, als de cliënt verwoordt hoe hij zich voelt en daarop begrip ontvangt van de groep, zal hij zich opgelucht voelen. Het verwoorden van gevoelens, je hart uitstorten, kan heel opluchtend en bevrijdend zijn. Cliënten leren in therapie om hun gevoel uit te drukken en dat ze wel degelijk in staat zijn om te zeggen wat hen bezighoudt.

De therapeut kan hierin een rol spelen door zelf ook zelfonthullingen te doen en door zijn reactie als een cliënt een zelfonthulling doet. Geeft de cliënt aan er zelf verder op in te willen gaan, dan is dat prima. Maar als het voor een cliënt al heel wat is dat hij het vertelt heeft, is het aan de therapeut om niet de nadruk te leggen op die onthulling, maar er vanuit een helicopterview op terug te kijken. Hij stelt vragen als; 'Hoe was het om te vertellen', 'Waar was je bang voor' of 'Wat vond je het moeilijkst of juist het minst moeilijk'.

11. Existentiële factoren

Deze factoren hebben niet direct met een vaardigheid of met 'iets doen' te maken, maar met besef en accepteren. Het zijn dingen waar vaak niet expliciet aandacht aan wordt besteed, maar die wel een rol spelen binnen therapie. Het betreft een aantal belangrijke gevoelens;

- Het inzicht dat je uiteindelijk zelf verantwoordelijk bent voor de manier waarop je je leven leidt en voor hoeveel steun en hulp je van anderen krijgt
- Het inzicht dat het leven af en toe inderdaad onrechtvaardig en oneerlijk is
- Accepteren dat het niet mogelijk is om aan alle pijn en aan de dood te ontkomen
- Accepteren dat jouw leven jouw leven is, en dat jij degene bent die dat aan moet kunnen en onder ogen moet zien, niet anderen

o 3. Angst

o 3.1 Hoe angst werkt

Om straks een koppeling te kunnen gaan maken tussen de angstklachten en de genezende factoren binnen therapie, zal ik eerst beschrijven hoe angst precies werkt. Aan de hand van de werking kan ik vervolgens beter uitzoeken wat er invloed op zou kunnen hebben.

Het is belangrijk dat cliënten met een paniekstoornis met agorafobie hun angst leren te begrijpen; 'Waar ben ik bang voor? Is er een expliciete oorzaak voor mijn klachten? Wanneer is het begonnen? Wat zijn mijn klachten? Wanneer doen die klachten zich precies voor?'. Als mensen op deze vragen een antwoord hebben, wordt de aard van de stoornis duidelijker en wordt duidelijker op welke vlakken er aan gewerkt kan worden. Wat er aangepakt moet worden en in welke situaties iemand extra moet letten op wat hij denkt, voelt en doet.

Angst is één van de basisemoties. Het is dus eigenlijk een normale reactie. Angst wordt opgeroepen door een bedreigende situatie. Het helpt je niet teveel risico's te nemen en alert en snel te reageren, indien nodig. Angstsymptomen hebben dus een functie; ze waarschuwen je voor gevaar. Veel mensen schrikken van een slang, een slang kan giftig zijn en dus zal de eerste reactie van veel mensen een schrikreactie en/of een vluchtreactie zijn. Angst is dus niet 'fout', zolang de angst reëel is en niet je leven beheerst. Bij een angststoornis is kenmerkend dat er geen reden voor de angst is en dat er geen bedreigende rampen in de buurt zijn.

Angst ontstaat doordat je iets oppikt met je zintuigen; je ziet, hoort of voelt iets wat die angst veroorzaakt. Je hersenen zijn het coördinatiecentrum van jou, dus ook van je angstreactie. In die hersenen zitten het ware programma's of reactiepatronen opgeslagen, die telkens worden geactiveerd als je ze nodig hebt. Zo is er ook een 'angstprogramma', dat wordt geactiveerd als je iets waarneemt waar je angstig van wordt. Zo'n reactiepatroon begint als een normale voorgeprogrammeerde reactie, die bij angst hoort. Het is bijvoorbeeld normaal dat je hartslag omhoog gaat, dat je lichaam zich klaarmaakt om zich uit de voeten te maken als jij een slang ziet. Dat werkt als volgt; datgene wat je waarneemt gaat via zenuwbanen naar de thalamus, een coördinatiecentrum in je hersenen. Die thalamus zorgt ervoor dat die signalen die via die zenuwbanen zijn doorgegeven, verder gaan naar je limbisch systeem. Dat is een hersengebied dat de informatie die binnenkomt heel snel, maar weinig nauwkeurig, beoordeelt. Daar wordt dus een eerste, snelle, globale en onbewuste schatting gemaakt. Als deze schatting inhoudt dat de situatie die is waargenomen gevaarlijk is, dan gaat er een alarm naar de hypothalamus die vervolgens je hormoonstelsel en je autonome zenuwstelsel in werking zet om te kunnen reageren; om te kunnen vechten, vluchten of verstijven. Zo klinkt het alsof het heel langzaam gaat, maar 'in real life' gebeurt dat in een fractie van een seconde.

Ondertussen is datgene wat je waar hebt genomen ook 'gekeurd' door de neocortex. Hier wordt de informatie nauwkeuriger beoordeeld, de situatie wordt geïnterpreteerd en overdacht en zo kan je reactie eventueel bijgesteld worden. Als die slang die je in eerste instantie de stuipen op het lijf jaagt, bijvoorbeeld een ongevaarlijke, uit de kluiten gewassen regenworm blijkt te zijn, zal de neocortex die informatie doorspelen, waardoor de angstreactie bijgesteld kan worden. Zo werkt angst.

Het kan zijn dat zo'n angstreactieprogramma sterker ontwikkeld wordt, naar aanleiding van angstige ervaringen. Zulke angstige ervaringen kunnen ertoe leiden dat je een vertekend wereldbeeld en/of zelfbeeld ontwikkelt en sneller angstige gedachten vormt.

Dat ziet er als volgt uit...;

Vroege angstige ervaring → Vorming van angstige gedachten → Activerende gebeurtenis
→ Angstige gedachten van toen worden geactiveerd → Automatische gedachten
→ Angstsymptomen

...waardoor je uiteindelijk kan spreken van een angststoornis, als die angst je leven gaat beheersen. Angst wordt ongezonder als je geen reële inschatting kan maken van de situatie en als je snel een hoge en onbeheersbare spanning ervaart die totaal niet inherent is aan de situatie waarin je je bevindt.

Een paniekaanval ontstaat vaak doordat iemand zijn eigen lichaamssignalen verkeerd interpreteert. De cliënt ziet de signalen als gevaarlijker dan dat ze zijn, waardoor de angst toeneemt. Hierop volgt een nog sterkere lichamelijke reactie, wat voor de paniek kan zorgen.

◦ **3.2 Angst bij een paniekstoornis met agorafobie**

Een paniekstoornis houdt in dat iemand regelmatig last heeft van onverwachte paniekaanvallen. Een paniekaanval is een toestand waarin iemand enorm angstig is of zich erg onveilig voelt. Bij een paniekaanval krijgt iemand last van lichamelijke symptomen. Anke, de cliënte uit de casus krijgt bijvoorbeeld last van onder andere hartkloppingen, transpireren, naar adem snakken en trillerigheid. Dit zijn ook de meest bekende symptomen. Als zo'n paniekaanval vaker terugkomt en de angst ervoor en de bezorgdheid om de gevolgen blijft, spreek je van een paniekstoornis.

Agorafobie houdt in dat iemand extreem angstig is op plaatsen of in situaties van waaruit ontsnappen moeilijk zou kunnen zijn en deze plaatsen het liefst vermijdt. Bij een paniekstoornis speelt het idee dat iemand ergens kan zijn waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn als iemand een paniekaanval krijgt ook een belangrijke rol. Deze situaties worden gemeden en als iemand zich erin bevindt is het duidelijk zichtbaar dat hij lijdt. Ook zal de angst om paniekachtige symptomen te krijgen aanwezig zijn.

◦ **3.3 De etiologie van een paniekstoornis met agorafobie**

De verschillende oorzaken die er zijn voor angststoornissen en voor een paniekstoornis met agorafobie in het bijzonder, maken duidelijker welke factoren invloed hebben op het ontstaan of ontwikkelen ervan.

Er zijn een aantal algemene verklaringsmodellen over het ontstaan van angststoornissen, maar er zijn ook verklaringsmodellen specifiek voor paniekstoornissen en agorafobie.

◦ **3.2.1 De algemene verklaringsmodellen;**

- Het leertheoretisch model; volgens dit model wordt vrees aangeleerd middels klassieke conditionering en is operante conditionering verantwoordelijk voor het aanleren van vermijdingsgedrag. Wat zou betekenen dat alle angststoornissen aangeleerd gedrag zijn. Volgens deze theorie kan angst aangeleerd worden door ervaring of door imitatie van anderen; je moeder was altijd bang voor honden en heeft jou dus geleerd dat er bij het zien van een hond een angstreactie hoort. Verder gaat dit model er vanuit dat agorafobici een chronisch verhoogd arousal-niveau hebben, dat ze gevoeliger zijn voor invloeden van buitenaf en dat ze altijd van zichzelf al meer op hun hoede zijn. Of er een genetische factor ten grondslag zou kunnen liggen aan een angststoornis, is nog onduidelijk, daar is nog niet genoeg onderzoek naar gedaan. Het is ook lastig te onderzoeken, omdat er duidelijk onderscheid moet worden gemaakt door genetische invloed en omgevingsfactoren. Als een kind zijn ouders, zijn voorbeelden,

bijvoorbeeld voortdurend vermijdingsgedrag ziet vertonen, zal het kind dat als 'normaal' zien en datzelfde gedrag gaan vertonen. Wat wel duidelijk is, is dat angststoornissen samenhangen met stoornissen in verschillende neurotransmittersystemen, maar hoe dat dan ontstaat, is weer onduidelijk.

- De psychodynamische visie: volgens deze visie op de etiologie van angststoornissen zijn 'verdringing' en 'verschuiving' belangrijke begrippen. Hiermee wordt bedoeld dat de eigenlijke bron die de angst oproept wordt verdrongen en dat de angst verplaatst wordt naar een ander voorwerp. Iedereen heeft bepaalde verdedigingsmechanisme om zichzelf te beschermen tegen negatieve invloeden van buitenaf. Als zo'n verdedigingsmechanisme vaker faalt, kan er extreme angst worden ervaren, die zich kan ontwikkelen tot een angststoornis.
- De cognitieve visie: volgens de visie van de cognitieve therapie wordt irreële angst opgewekt door 'gevaarschema's'. Die schema's zijn gevormd door eerdere ervaringen en ze zorgen ervoor dat informatie uit de omgeving selectief wordt verwerkt en vaak als gevaarlijk wordt geïnterpreteerd, waardoor de angst optreedt.

o **3.2.2 Verklaringsmodellen specifiek voor paniekstoornissen met agorafobie;**

Specifiek voor agorafobie zou scheidingsangst in de kinderleeftijd ook een oorzaak kunnen zijn. De angststoornis is dan een gevolg van lange of veel scheidingen in de jeugd, of in ieder geval de dreiging van scheiding. Dit zorgt ervoor dat een kind minder gehecht raakt, waardoor een kind sneller bang zal zijn iemand te verliezen aan wie hij wél gehecht is. Volgens de theorie van Bowlby (1973)⁵ zal hij hierdoor minder exploratief gedrag vertonen, minder ervaringen opdoen. De angst om iets 'veilig' te verlaten, speelt ook bij agorafobie.

Wat verder opvallend is, is dat agorafobie vaak lijkt te ontstaan naar een stressvol life event. Waarom ontwikkelt de één dan wel klachten en de ander niet? Dat komt doordat de één een hogere algemene gevoeligheid heeft om in stressvolle periodes stress te ontwikkelen. Dat heeft waarschijnlijk te maken met persoonlijkheidsfactoren, waaronder de 'locus of control'. Dat heeft te maken met de mate waarop mensen controle ervaren over omgevingsfactoren. Negatieve effecten van een belangrijke gebeurtenis of life event, hebben het meeste effect op mensen die het gevoel hebben geen controle te hebben op hun omgeving.

Er is ook onderzoek gedaan naar eventuele fysiologische oorzaken van paniekaanvallen. Uit al dat onderzoek is gebleken dat paniekaanvallen niet het directe resultaat zijn van fysiologische processen, maar dat ze wel het resultaat zijn van het verkeerd interpreteren van lichaamssignalen.

Verder zouden interpersoonlijke conflicten een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van agorafobie. Vooral huwelijksproblemen zouden een trigger zijn. Hier is echter geen 'hard' bewijs voor geleverd.

Bij Anke is er geen duidelijke oorzaak aangewezen.

⁵ John Bowlby, Engelse kinderpsychiater en grondlegger van de hechtingstheorie

o **3.4 De behandeling van een paniekstoornis met agorafobie**

Uit een onderzoek van de ambulante GGZ is gebleken dat farmacotherapie (medicijnen, hier zal ik verder niet op ingaan), cognitieve gedragstherapie en combinaties van beide, effectieve behandelmethoden bieden bij de verschillende angststoornissen (Van Balkom et al., 2000a)⁶.

Therapeuten die werken volgens de cognitieve gedragstherapie met mensen met een paniekstoornis met agorafobie, gaan ervan uit dat angstreacties worden opgewekt doordat iemand een situatie die hij meemaakt of iets dat hij voelt, verkeerd interpreteert. Hierop volgt dan een angstreactie die gevoed zou worden door irreële cognities. De cognitieve therapie is erop gericht om die irreële gedachten te veranderen in meer reële gedachten.

Bij cognitieve gedragstherapie gaat het eerst om verstandelijk inzicht; wat is angst en wat is wel en niet reëel. Vervolgens wordt er gezocht naar een nieuwe reële omgang met angst en nieuwe manier van reageren. Dit wordt geoefend en het is de bedoeling dat de cliënt zich vertrouwd gaat voelen met zijn nieuwe manier van reageren.

Een andere behandelvorm die vaak wordt toegepast bij agorafobie is exposure. Dit houdt in dat de cliënt wordt blootgesteld aan de situatie die hem angst inboezemt om zo op een systematische manier hun angst te overwinnen.

Exposure valt onder gedragstherapie en dit wordt vaak samengepakt met de cognitieve therapie. Zo krijg je cognitieve gedragstherapie, van waaruit we op stage binnen de PMT met Anke ook werkten. Ze werd blootgesteld aan situaties en de irreële cognities die hierbij eventueel boven kwamen, werden getracht te veranderen in meer reële gedachten. Bij Anke was het naar het einde toe steeds vaker zo, dat als ze een situatie eenmaal aan ging en dus ervoer hoe het was, dat ze zelf de cognities die ze van tevoren had, zelf al bij kon stellen.

⁶ Behandelingsstrategieën bij angststoornissen, 2e druk. Houten/Diegem: Cure & Care Development, 2000a

o 4. Conclusie

o 4.1 Samenvatting

- 4.1.1 Genezende factoren

De belangrijkste factoren die invloed kunnen hebben op cliënten binnen PMT zijn de groep zelf, de zaal en/of het arrangement en de therapeut. De invloed van de groep, dus de invloeden die de cliënten op elkaar hebben, worden door Irvin D. Yalom beschreven als 'genezende factoren'. Al deze factoren zijn aanwezig in een therapiegroep en ze werken afhankelijk van elkaar.

Die factoren en wat ze inhouden;

1. Het wekken van hoop; hoop helpt cliënten gemotiveerd te blijven, in de groep te blijven en een positieve instelling komt het therapieresultaat ten goede.
2. Universaliteit; betrokkenheid voelen bij de groep, herkenning vinden in klachten, dit zorgt dat een cliënt zich minder eenzaam voelt.
3. Het geven van informatie; advies/uitleg geven
4. Altruïsme; onbaatzuchtigheid; ook eens iets doen voor een ander, zonder er iets voor terug te willen. Het doet ook vaak goed om een ander te helpen, cliënten krijgen hierdoor meer vertrouwen op zichzelf en waardering van de ander.
5. Verbetering door herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie; gedrag zoals dat vroeger was, komt naar boven in de groep en kan worden geanalyseerd. Zo leert de cliënt over hoe hij is in de interactie en vanuit die wetenschap kan hij eventueel onaangepast gedrag veranderen.
6. Het ontwikkelen van sociale vaardigheden
7. Nabootsend gedrag; letterlijk 'nadoen' van gedrag van de ander en zien en ervaren dat er niets 'ergs' gebeurt als je nieuw gedrag gaat uitproberen.
8. Leren van elkaar; cliënten leren over hun eigen, inadequate, onaangepaste gedrag. Ook leren ze wat beter aangepast gedrag is en oefenen ze dit. Verder krijgen ze feedback op hoe ze interacteren in de groep, wat meehelpt aan een realistischer zelfbeeld.
9. Groepscohesie; het groepsgevoel, de mate van betrokkenheid en het geaccepteerd zijn/voelen in de groep. Dit is een voorwaarde voor therapie. In een groep met een hoog niveau van cohesie voelen mensen zich sneller thuis, durven ze meer van zichzelf te laten zien, voelen ze zich veilig en geaccepteerd.
10. Catharsis; het 'reinigen van de ziel'. De cliënt leert woorden te geven aan zijn gevoel en om het uit te spreken. Dat kan erg opluchten.
11. Existentiële factoren; een aantal belangrijke gevoelens die meewerken aan het besef en het accepteren van het hebben van een stoornis.

- 4.1.2. Paniekstoornis met agorafobie

Angst is eigenlijk een 'normale' emotie die wordt opgewekt doordat je aan de hand van datgene wat je waarneemt, een situatie bestempelt als 'een dreigende situatie'.

Over het hieruit ontstaan van een angststoornis zijn verschillende theorieën. Het leertheoretische model gaat er vanuit dat vrees en vermijding, twee belangrijke componenten bij een angststoornis, worden aangeleerd.

De psychodynamische visie gaat er vanuit de eigenlijke bron die angst oproept verdrongen wordt en dat de angst onbewust verplaatst wordt naar iets anders. Het is dus een soort mislukte verdedigingsstrategie.

En volgens de cognitieve visie wordt irreële angst opgewekt door gevaarschema's. Die schema's zijn gevormd door eerdere ervaringen en ze zorgen ervoor dat informatie uit de omgeving selectief wordt verwerkt en sneller geïnterpreteerd wordt als 'gevaarlijk'.

Mensen met een paniekstoornis met agorafobie hebben last van buitensporige angst in situaties van waaruit ze moeilijk weg kunnen. Ook hebben ze regelmatig paniekaanvallen; waarin ze zich erg angstig en onveilig voelen en er allerlei lichamelijke

symptomen optreden die met angst te maken hebben. Cliënten zijn vaak bang om nog een aanval te krijgen of bezorgd over de gevolgen ervan.

Specifiek voor paniekstoornissen met agorafobie zou scheidingsangst in de kindertijd een oorzaak kunnen zijn. Verder zouden stressvolle life events en het zich sterk aantrekken van negatieve gebeurtenissen in de omgeving en interpersoonlijke conflicten een rol spelen bij het ontwikkelen van deze stoornis.

Paniekstoornissen met agorafobie worden meestal medicamenteus behandeld. Wat therapie betreft biedt cognitieve gedragstherapie de beste mogelijkheden. De irreële gedachten worden aangepakt en de cliënt gaat ervaren dat de situaties die hij als dreigend ervaart, eigenlijk wel meevallen, doordat hij eraan blootgesteld gaat worden. Hij gaat de lichaamssignalen herkennen, die bij hem angstige gedachten en dus angstgevoelens oproepen, om zo de angst onder controle te krijgen.

◦ **4.2 Conclusie**

Om tot een antwoord op mijn onderzoeksvraag te komen, zal ik eerst de deelvragen beantwoorden.

- **4.2.1 Beantwoording deelvragen**

Deelvraag 1; Genezende factoren, wat zijn het en welke factoren zijn er?

Het antwoord op deze deelvraag staat beschreven in bovenstaande samenvatting.⁷

Deelvraag 2; Hoe werkt een paniekstoornis met agorafobie en kunnen genezende factoren daar invloed op hebben?

Als je een situatie waarneemt, wordt datgene wat je opvangt doorgestuurd naar je hersenen. Hierin wordt de situatie beoordeeld. Is deze situatie bedreigend, dan zul je angst ervaren en zal er een angstreactie volgen; je schrikt en wil vluchten, vechten of zult verstijven. Bij een paniekstoornis met agorafobie ontstaat buitensporige angst in situaties waaruit iemand niet weg kan. Datgene wat iemand waarneemt wordt als bedreigender ervaren dan het is, waardoor iemand sneller angstig wordt, een voortdurend gevoel van alertheid heeft. Ook heeft iemand last van paniekaanvallen, wel of niet in zulke situaties.

Genezende factoren zijn factoren die in elke therapiegroep aanwezig zijn en aangezien mensen altijd worden beïnvloed door hun omgeving, zullen ze ook invloed hebben op mensen met angstklachten.

Deelvraag 3; Zo ja, welke factoren zouden de meeste invloed hebben op Anke en wat zou ik daarvan kunnen merken in de praktijk?

Aangezien cognitieve gedragstherapie de meest toegepaste therapievorm is bij deze stoornis, zullen de factoren die binnen facetten bevatten die binnen deze therapie belangrijk zijn, de meeste invloed hebben.

Binnen de cognitieve therapie wordt gewerkt met het ombuigen van irreële gedachten, met exposure en met een combinatie hiervan; de gedachten bijstellen door te ervaren dat iets niet zo eng is dan het lijkt.

De factoren die op Anke de meeste invloed hebben;

- **Groepscohesie**. Deze factor heeft te maken met het groepsgevoel. Er is een goede cohesie in groepen waarin men zich betrokken voelt, elkaar waardeert, accepteert en zich veilig voelt. Een goede cohesie zal voor Anke positief uitwerken, omdat ze meer durft als ze zich veilig voelt, wat blijkt uit dat ze samen met haar man Wim meer durft. Ook laat ze meer van zichzelf zien en oefent ze meer als ze zich op haar gemak voelt. Een goede cohesie zal dus zeker bijdragen aan een positief therapieresultaat bij Anke, in de praktijk zal ze meer durven en dus doen en situaties aangaan.

⁷ Zie punt 4.2.1, bladzijde 20

- Leren van elkaar. Anke kan zo leren over het gedrag dat zij vertoont, ze krijgt er feedback op van anderen en ze krijgt er een realistischer zelfbeeld van. Ze heeft snel het idee dat 'de ander het wel raar zal vinden wat ik doe'. Door terug te vragen of dat echt zo is, kan ze daar achter komen en eventuele irreële gedachten bijstellen. Ook kan ze het met anderen over haar irreële gedachten hebben en kunnen die hun kijk op de situatie geven. Hierdoor ziet Anke hoe het ook kan, wat anderen denken en kan ze erachter komen of haar bevindingen reëel zijn. Ook zal ze anderen dingen zien doen die zij misschien eng vindt of voor haar idee nooit zou durven. Als ze ziet dat er niets gebeurt, dat je bijvoorbeeld niet per definitie valt als je gaat wandklimmen (wat zij erg spannend vindt), zou dat haar uiteindelijk gerust kunnen stellen. Dit zou dus kunnen bewerkstelligen dat Anke meer leert over zichzelf en meer situaties aan gaat.
- Nabootsend gedrag. Volgens deze factor leer je van elkaars gedrag. Anke kan zien hoe anderen situaties aanpakken en het ook zo proberen.
- Verder denk ik dat bij Anke de factor 'het ontwikkelen van sociale vaardigheden' ook van belang is. Ze heeft moeite met het aangeven van haar grenzen en durft niet snel 'nee' te zeggen, waardoor ze, vooral bij haar ouders, meer aanpakt dan ze eigenlijk wil. Soms merkt ze ook achteraf pas dat ze 'nee' had moeten zeggen. In de praktijk zou je kunnen merken dat ze die vaardigheid oefent en meer onder de knie krijgt.

In de inleiding merkte ik op dat ik het idee had dat de invloed van anderen erg verschilt voor cliënten met angstklachten. Het wordt of juist als belangrijk gezien ('Zie je, hij vindt dat ook eng, ik doe dat niet hoor') of juist helemaal niet ('Ja, maar, dat hij dat durft, betekent niet dat ik dat ook durf en dat het bij mij ook goed gaat'). Nu, na het schrijven van deze casestudy zie ik dat bij voorgaande opmerkingen de ander gebruikt wordt als manier om onder de situatie uit te komen. Vermijding dus, typerend voor angstklachten. Voor Anke was deze manier van reageren ook typisch, maar nu gaat ze steeds meer situaties aan. Als reden geeft ze; 'Ik heb het vaak al een keer gedaan en als ik heb ervaren dat het goed gaat, dat er geen reden is om angstig te zijn, durf ik steeds ietsje makkelijker eraan te beginnen.'

Tijdens het schrijven van deze scriptie ben ik erachter gekomen dat eigenlijk alle genezende factoren aanwezig zijn binnen therapie en dus ook invloed hebben op alle mensen die therapie volgen. De genezende factoren bestaan niet los van elkaar, de therapie bestaat uit de genezende factoren.

Er zijn wel duidelijk factoren die meer invloed hebben dan andere. Met de wetenschap dat er met mensen met angstklachten vooral wordt gewerkt volgens de cognitieve gedragstherapie, zullen factoren die te maken hebben met gedachten en het beïnvloeden daarvan en factoren die te maken hebben met ervaren en doen de meeste invloed hebben. Ik vind dat binnen PMT vooral factoren als 'leren van elkaar' en 'nabootsend gedrag' erg mooi tot uiting komen en veel invloed uit kunnen oefenen. Dit omdat je bij PMT letterlijk en zichtbaar bezig bent, je ziet het gedrag van de ander beter dan bijvoorbeeld in een psychotherapiegroep waar vooral gesproken wordt. Verder is groepscohesie erg belangrijk, want iemand die zich betrokken voelt bij de groep zal er meer energie in steken en zich eerder open stellen voor de medecliënten. Het voelen van acceptatie en vertrouwen is bij PMT naar mijn mening extra belangrijk, omdat mensen daar vaak dingen moeten doen die helemaal niet habitueel zijn. ze moeten zich vrij genoeg voelen om trampoline te springen of om een spel te doen en hoe hoger de cohesie, hoe groter de kans daarop.

- **4.2.2 Beantwoording onderzoeksvraag**

Het antwoord op mijn onderzoeksvraag; 'Welke genezende factoren van Yalom hebben binnen PMT invloed op mensen met een paniekstoornis met agorafobie?', wordt dus; Alle factoren van Yalom zullen invloed hebben op mensen met een paniekstoornis met agorafobie. De genezende factoren die de meeste invloed zullen hebben zijn;

- Groepscohesie
- Leren van elkaar
- Nabootsend gedrag

o Literatuurlijst

Boeken;

- American Psychiatric Association (2001) *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*
- Beck, T. (2003) *Handboek Korte Dynamische Groepstherapie*
- Emmelkamp, P., Bouman, T. en Scholing, A. (1999) *Angst, fobieën en dwang; diagnostiek en behandeling*
- Hermans, H., (2002) *Angstmanagementtrainig; Op eigen kracht je angst inperken*
- Scholte, W., (1993) *Met kippevel; angst en angststoornissen*
- Snijders, H., (2006) *Interventies in behandelgroepen; Werken met groepen*
- Stel, van der J., (2005) *Groepspsychotherapie en onderzoek; Handleiding voor de praktijkhaha oie*
- Vonk, R., (2007) *Sociale Psychologie*
- Waele, de J. en Waele, de A., m.m.v. Scheire, T.. (2002) *Angst; Fobie, onrust en paniek onderkennen en behandelen*
- Yalom, I.D. (1981) *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*

Reader;

- Sietsma, L, 2006, *Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie*, Zwolle, Christelijke Hogeschool Windesheim

Websites;

- http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1708n17538.html
- <http://www.e-psihiater.nl/html/psychiatrie/paniekstoornis.html>
- <http://hulpgids.nl/oud/ziektebeelden/paniekstoornis-behandeling.htm>
- http://home.wanadoo.nl/~ruudzonneveld/DSM/DSM-IV_files/_257Eproust/asi-7.html

o **Bijlage 1;**

Paniekstoornis met agorafobie

A. Zowel (1) als (2);

(1) recidiverende onverwachte paniekaanvallen; een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen, waarbij vier (of meer) van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen tien minuten een maximum bereiken;

- Hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie
- Transpireren
- Trillen of beven
- Gevoel van ademnood of verstikking
- Naar adem snakken
- Pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- Misselijkheid of buikklachten
- Gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- Derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- Angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- Angst dood te gaan
- Paresthesieën (verdoofde of tintelende gevoelens)
- Opvliegers of koude rillingen

(2) na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) één (of meer) van de volgende;

- (a) voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
- (b) bezorgdheid over de verwickelingen of de consequenties van de aanval
- (c) een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen

B. De aanwezigheid van agorafobie;

- A. Angst op een plaats of in een situatie te zijn van waaruit ontsnappen moeilijk (of gênant) kan zijn of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval dat men een onverwachte of situationeel gepredisponeerde paniekaanval of paniekachtige verschijnselen krijgt. Tot de agorafobische angstgevoelens horen de karakteristieke situaties zoals alleen buitenshuis zijn, zich te midden van een massa bevinden of in een rij wachten, op een brug staan en reizen met een bus, trein of auto.
- B. De situaties worden vermeden (bijvoorbeeld reizen is beperkt) of worden alleen doorstaan met duidelijk lijden of de angst een paniekaanval of paniekachtige symptomen te krijgen, of de aanwezigheid van een begeleider is noodzakelijk.
- C. De angst of fobische vermijding is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie, specifieke fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis of separatieangststoornis.

C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Bron ; *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*, American Psychiatric Association, 2001