


GEEN PANIEK!



Een PMT-module, vanuit de cognitieve gedragstherapie en psychomotorische therapie, voor paniekstoornissen zonder en met agorafobie, in poliklinische setting.

Begeleidend docent:
Beoordelend docente:
Hogeschool Windesheim:

School of Human Movements & Sports
Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie

Gerdien van Aken
Paul Verschuur
Dineke Jol
Zwolle, mei 2009

Inhoudsopgave	blz.
Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Inleiding en vraagstelling	4
Verantwoording vraagstelling	5
Paniek	6
Inleiding	6
Angst algemeen	6
Casus	6
Paniekstoornis zonder en met agorafobie vanuit de DSM samengevat	7
De paniekcirkel	7
Paniek en hyperventilatie	8
Conclusie	8
Theoretisch kader	9
Inleiding	9
Cognitieve therapie	9
Gedragstherapie	9
Cognitieve gedragstherapie	10
Psychomotorische therapie	10
Psychofarmaca	11
Conclusie	11
De huidige situatie op mijn stageplek	12
Inleiding	12
Verdieping van de module op mijn stageplek	12
Overeenkomsten met en verschillen tussen de module op mijn stageplek en de theorie	12
Conclusie	13
Resultaat: een module	14
Conclusie	21
Aanbevelingen en opmerkingen	22
Nawoord	23
Literatuurlijst	24
Bijlagen	25
Bijlage 1: Paniek zonder en met agorafobie vanuit de DSM-4-tr (APA, 2000) bekeken.	25
Bijlage 2: Opsomming mogelijke oefeningen	26
Bijlage 3: Invullijst interoceptieve exposure	27

Voorwoord

Geen paniek! Dat is het thema voor deze scriptie.

Paniek: wat kan ik ermee en wat niet? Wat houdt het in? Hoe uit het zich? Wat kan PMT betekenen voor deze doelgroep? Deze vragen hebben mij de afgelopen maanden bezig gehouden.

Paniek kwam dichtbij toen mijn vader twee jaar geleden schildklierproblemen kreeg. Als bijwerking van de medicatie kreeg hij meer angstklachten. Een paniekaanval kreeg hij bijvoorbeeld toen we op vakantie waren in de bergen. We reden een steile helling op; iets wat onze auto nauwelijks trok. Ineens voelden we een ruk aan het stuur en nog geen seconde later stonden we stil aan de kant van de weg. Iedereen was geschrokken! Wat was er aan de hand?

Mijn vader zuchtte een paar keer diep, was rood aangelopen, ging de auto uit en liep wat rondjes. Geagiteerd zei hij dat hij echt niet verder ging. De spanning was hem te hoog! Hij had het zweet in zijn hemd staan en zijn ademhaling moest eerst weer op normaal tempo komen... Poeh, dat was even schrikken.

Uiteindelijk zijn de jongens gaan lopen, het was nog een kort stukje dat zo steil was. Mijn moeder en ik zijn in de auto naar de eerst volgende parkeerplaats gereden. Dat ging prima. We hebben uiteindelijk een mooie dag gehad, al had de een wat meer spanning dan de ander.

Toen ik op mijn stage een paniekgroep zonder en met agorafobie draaide, heb ik wel eens teruggedacht aan dit voorval. De tip van mijn stagebegeleider om een scriptie te maken met betrekking tot deze groep, heb ik dan ook opgevolgd. Ik ben mijn stagebegeleiders dankbaar voor de prachtige stageplek in Drachten bij GGZ Friesland en voor het lenen van readers en artikelen voor deze scriptie.

Daarnaast wil ik mijn scriptiebegeleider Paul Verschuur bedanken voor de begeleiding en Dineke Jol voor het beoordelen van deze scriptie.

Verder wens ik jou als lezer veel leesplezier toe. Ik hoop dat je er wat van opsteekt en dat je het in je werkveld kunt toepassen.

Gerdien van Aken, mei 2009

Inleiding en vraagstelling

Deze scriptie vertelt het verhaal van mijn zoektocht door de literatuur van de cognitieve gedragstherapie, de psychomotorische therapie theorie en de algemene theorie met betrekking tot paniek zonder en met agorafobie, naar mijn eindproduct: een PMT-module voor een poliklinische groep patiënten met een paniekstoornis zonder en met agorafobie.

Zodoende kwam ik tot de volgende vraagstelling:

Hoe ziet een PMT-module vanuit de cognitieve gedragstherapie eruit, voor een groep patiënten in poliklinische setting, met een paniekstoornis zonder en met agorafobie, die toepasbaar is bij GGZ Friesland?

Hierbij maak ik gebruik van de richtlijnen die GGZ Nederland (Trimbos) en GGZ Friesland hebben opgesteld.

Het product dat ik wil maken is een psychomotorische therapiemodule dat deel uitmaakt van een groter aanbod voor deze groep. Het andere deel van dit aanbod is cognitieve gedragstherapie, dat gegeven wordt door psychologen.

Zo wordt het op mijn stageplek gegeven. Maar verdieping in de theorie is nodig om het aanbod te verbeteren. Daar kan ik aan bijdragen door middel van deze scriptie.

Nadat ik de paniekstoornis zonder en met agorafobie verduidelijkt heb, behandel ik de theoretische kaders van de cognitieve therapie en de gedragstherapie. Ook ga ik in op wat de psychomotorische therapie kan betekenen voor deze patiëntengroep.

Vanuit deze theoretische kaders wil ik komen tot een psychomotorische therapiemodule.

Vanuit deze module en de theoretische achtergronden wil ik aanbevelingen doen op mijn stageplek. Zodoende kunnen we de module waar mogelijk verbeteren.

Daarnaast is het mijn doel om mijn kennis en inzicht met betrekking tot deze doelgroep en casuïstiek te verdiepen en om te leren een module te ontwikkelen vanuit de beschikbare literatuur.

Verantwoording vraagstelling

Op stage draai ik een paniekgroep. Hierin zitten patiënten met een paniekstoornis zonder en met agorafobie. Ik vind het interessant om dit aanbod eens onder de loep te nemen en vanuit de theorie tot een psychomotorische therapiemodule voor deze doelgroep te komen.

Angst en onze cognities beïnvloeden elkaar enorm. Daarnaast kunnen de lichamelijke signalen en cognities die dat beïnvloeden goed worden waargenomen. Dat maakt dat lichamelijke een goede ingang biedt als therapievorm.

Om dit goed te integreren in het leven van de patiënt, moet het gepaard gaan met verbalisering en, zo nodig, verbuiging van de cognities (doel bijvoorbeeld: helpende gedachten ontwikkelen).

Daarom denk ik dat psychomotorische therapie bij uitstek een geschikte therapievorm is voor deze doelgroep. Want de psychomotorische therapie heeft lichamelijke als belangrijkste aangrijpingspunt. Wij zijn daarin gespecialiseerd. Dat doet ons vak verschillen van andere vormen van therapie.

Samengevat behandelt mijn scriptie:

De specifieke doelgroep: paniekstoornis zonder en met agorafobie.

Theoretische verdieping: de cognitieve therapie, de gedragstherapie, de algemene theorie met betrekking tot de paniekstoornis zonder of met agorafobie en de psychomotorische therapie.

De PMT-relevantie is: ik maak een psychomotorische therapiemodule die gebruikt kan worden bij deze doelgroep. Deze module kan gebruikt worden door mijn stagebegeleider bij de paniekgroep.

Paniek

Inleiding

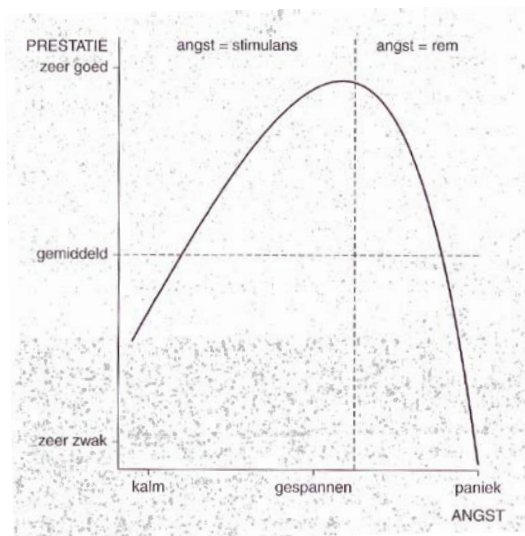
Als er gevaar dreigt stopt je adem, bonkt je hart in je keel, worden je oogpupillen groter en spannen je spieren zich. Zulke reacties duiden erop dat je lichaam zich voorbereidt om te vechten of te vluchten. Angst hoort bij het normale leven. Het kan je bijvoorbeeld behoeden voor roekeloos gedrag of aanzetten tot het leren van een tentamen. (Vandereycken & van Deth, 2004)

Maar sommige mensen zijn regelmatig zo bang dat een normaal leven niet meer mogelijk is. Ze lijden aan een angststoornis. Uit het onderzoek van psychische stoornissen in Nederland (Vollebergh et al., 2003) blijkt dat 19,3% van de bevolking hier last van heeft of heeft gehad. Angststoornissen behoren dan ook tot de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen.

Angst algemeen

Zoals hierboven al kort is aangehaald, hoort angst bij het normale leven. Het zet het lichaam aan tot vechten of vluchten ('fight / flight-respons'). Angst heeft dus een beschermende functie en zet aan tot betere prestaties. Zo'n positieve angst gaat dan in gunstige zin gepaard met verhoogde aandacht of waakzaamheid. Dit wordt uitgebeeld in de grafiek hiernaast (Vandereycken & van Deth, 2004).

Maar als de angst te sterk wordt, dan belemmert het je prestatievermogen en wordt de concentratie aangetast. Achteraf blijkt dat je de beangstigende situatie nog maar slecht of deels kunt herinneren. Een angstig persoon let heel selectief op bepaalde prikkels die als mogelijke signalen van bedreiging worden gezien. Dit kan leiden tot een vervorming van de waarneming, in de zin van een illusie: door de angst interpreteert de persoon bepaalde zintuiglijke prikkels verkeerd. Bijvoorbeeld als je in de bus zit en je krijgt hartkloppingen, je voelt je draaijerig worden en je gaat zweten. Dan kan dat door angst komen, in plaats van dat het een hartinfarct is.



Prestatieniveau volgens de graad van angst

Er zijn vele soorten van angst, maar in deze scriptie zullen we ons richten op de paniekstoornis zonder en met agorafobie. De volgende casus beschrijft een voorbeeld hiervan.

Casus

Mevrouw Jager is in behandeling voor paniekaanvallen met agorafobie. Toen ze zich aanmeldde reisde ze nergens meer zelfstandig naartoe. Dit is gekomen doordat ze een paniekaanval heeft gehad in de bus. Sindsdien gaat ze niet meer met de bus, omdat ze bang is dat het weer gebeurt. Gaandeweg durfde ze ook niet meer met de trein en de metro. Ten tijde van de aanmelding vermeed mevrouw ook drukke plekken waar ze niet gemakkelijk weg kan, bijvoorbeeld een drukke winkel, een restaurant of de bioscoop.

Mevrouw voelt de spanning al oplopen als ze eraan denkt op die plekken aanwezig te moeten zijn. Ze beschrijft dat ze vreest dat haar hart dan weer als een gek tekeer zal gaan, dat ze daar duizelig zal worden en dat ze zal gaan transpireren. Ze heeft dan het idee dat de grond onder haar voeten wegzakt. Ze is bang dat ze flauw zal vallen en dat de mensen haar raar zullen staan aan te kijken wanneer ze weer bijkomt. Daarom gaat ze bijvoorbeeld niet meer alléén boodschappen doen, maar doet ze dit samen met haar man.

Paniek en agorafobie vanuit de DSM (APA, 2000) samengevat.

In de casus komen enkele symptomen naar voren die bij paniekstoornis horen. Bijvoorbeeld hartkloppingen, transpireren en duizeligheid. Ook trillen/beven, ademnood en druk op de borst zijn hier voorbeelden van. Zo zijn er nog wel meer symptomen te noemen.

Dit soort symptomen bereiken binnen tien minuten een maximum (van den Bogert & Scholten, 2005; Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004) en treden onverwachts en herhaaldelijk op.

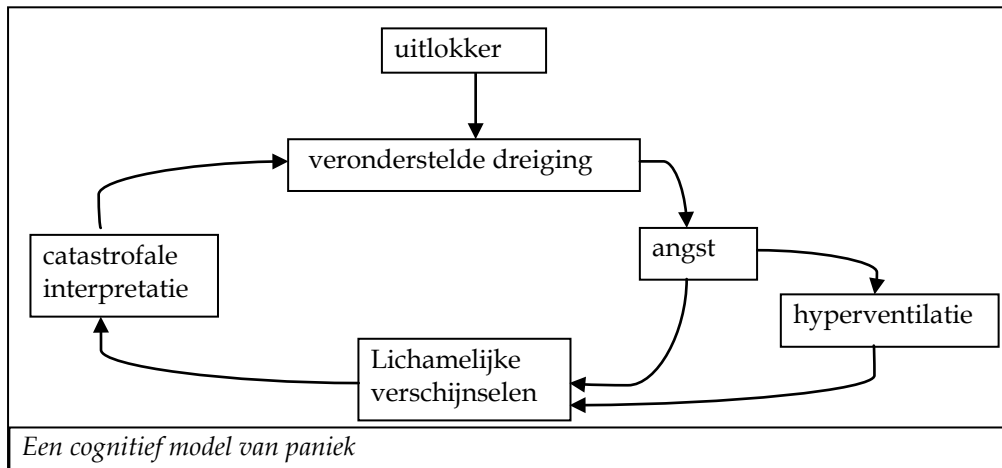
Vaak gaat een paniekstoornis gepaard met agorafobie (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995; Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004). Dat komt ook in deze casus naar voren, namelijk het vermijdingsgedrag en de anticipatieangst. Bij agorafobie is men bang voor plaatsen of situaties waar, in geval van nood, ontsnappen moeilijk is of hulp niet snel voor handen. Dit heeft meestal betrekking op plaatsen als: het openbaar vervoer, restaurants, winkels en bioscopen. Hierdoor gaat men allerlei situaties vermijden. Men komt bijvoorbeeld alleen nog in gezelschap naar buiten, zoals ook naar voren komt in de casus. Dat ontsnappingsgedrag is kenmerkend voor deze doelgroep (Vandereycken & van Deth, 2004). In bijlage 1 staat een uitgebreider verslag van wat paniek en agorafobie inhouden.

De paniekcirkel

Angstgevoelens worden gereguleerd door het autonome zenuwstelsel en kunnen zich zowel fysiek als cognitief of verschillende manieren uiten, zoals hierboven is beschreven. Iedereen uit zijn angst op eigen wijze. Bij de een treedt het ene op, bij de ander staat iets anders meer op de voorgrond.

Tussen de aanvallen door is men vaak bang voor nieuwe aanvallen. Deze 'angst voor de angst' of verwachtingsangst is kenmerkend voor patiënten met een paniekstoornis.

Dat wordt duidelijk in de volgende grafiek (Vandereycken & van Deth, 2004).



In de casus wordt de veronderstelde dreiging uitgelokt door een eerdere ervaring, een paniekaanval die heeft plaatsgevonden in de bus. Elke keer wanneer mevrouw Jager aan de bus denkt voelt ze deze veronderstelde dreiging. Het veronderstellen van dreiging gebeurt meestal onbewust en wekt angst op. Angst geeft bepaalde lichamelijke verschijnselen. Enkele hiervan zijn hierboven beschreven. Bij mevrouw Jager zijn dat: hartkloppingen, transpireren en duizeligheid. Als men angstig is, interpreteert men de lichamelijke verschijnselen als catastrofaal, wat op zijn beurt weer de veronderstelde dreiging aanwakkert. Een voorbeeld hiervan is de gedachte dat men een hartinfarct heeft of misschien zelfs doodgaat, omdat de lichamelijke verschijnselen zo op de voorgrond staan en de patiënt niet begrijpt waar dit door komt. Deze veronderstelde dreiging roept extra angst op. Zodoende komt de patiënt in een vicieuze cirkel, waaruit het lastig is te ontsnappen. Daarom is behandeling noodzakelijk,

anders krijgt de paniekstoornis met of zonder agorafobie vaak een chronisch beloop (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004).

Men dacht vroeger dat bepaalde mensen meer vatbaar zijn voor paniekaanvallen vanwege een biologische gevoeligheid. Maar wetenschappelijk onderzoek heeft een fysiologische verklaring voor de paniekstoornis niet kunnen aantonen.

Het blijkt veel meer om een cognitief mechanisme te gaan, met name de neiging om lichamelijke signalen als 'catastrofaal' te interpreteren (Vandereycken & van Deth, 2004). Omdat het dus meer om een cognitief mechanisme blijkt te gaan en het direct te maken heeft met het gedrag, wil ik vanuit de cognitieve gedragstherapie tot een psychomotorische therapiemodule komen voor een paniekgroep zonder en met agorafobie.

Paniek en hyperventilatie

Wat is de relatie tussen paniek en hyperventilatie? In het bovenstaande model heb ik hyperventilatie als apart kopje benoemd. Emmelkamp, Bouman & Scholing (1995) schrijven dat de laatste jaren de rol van hyperventilatie bij paniek en agorafobie is afgezwakt. Toch herkennen veel agorafobici en paniekpatiënten goed de symptomen hiervan. Daarom lijkt het zinvol om dit fenomeen ook aan te pakken in de behandeling.

Vaak gebeurt het dat een interne of externe stimulus wordt gezien als bedreiging. Dit lokt angst uit. Door deze angst treedt een verhoging van het arousal-niveau op en kan de patiënt onder andere gaat overademen. Hierdoor daalt het CO₂-gehalte in het bloed en stijgt de zuurtegraad hiervan in basische richting. Daardoor treden allerlei lichamelijke verschijnselen op, die de paniekpatiënt waarneemt en als catastrofaal interpreteert. Het gevolg hiervan is de beleving van paniek. De cirkel is rond wanneer de paniek op zichzelf weer lichamelijke angstreactions uitlokt.

Het is belangrijk om bij de intake uit te sluiten of de patiënt lichamelijke aandoeningen heeft (zoals astma, hartklachten, e.d.). Wanneer lichamelijke aandoeningen niet het geval zijn, kan men ervan uitgaan dat er uitsluitend sprake is van angst dat hyperventilatie aanwakkert en de lichamelijke sensaties de catastrofale interpretatie uitwerken, wat weer angst oproept.

Het is dan zinvol om ademhalingsoefeningen in te bouwen in de behandeling voor paniek. Dit kan verschillende doelen hebben, namelijk:

- Verminderen van de neiging tot hyperventileren
- Bewerkstelligen van ontspanning
- Afleiden van de paniek
- Het verschaffen van een gevoel van controle over panieksymptomen
- Het verschaffen van een alternatieve, niet catastrofale verklaring voor deze symptomen.

De hyperventilatie wordt niet behandeld, maar het fenomeen en de relatie met paniek kan wel worden uitgelegd. De lichamelijke verschijnselen kunnen in oefeningen opgeroepen worden (interoceptieve exposure), waardoor copinggedrag wordt aangeleerd en de sensaties worden geherinterpreteerd. Uit onderzoek blijkt namelijk dat specifieke copingsvaardigheden, gericht op lichamelijke verschijnselen van paniek, effectief zijn in het reduceren van het aantal aanvallen (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995).

Conclusie

Bij een paniekstoornis heb je te maken met lichamelijke verschijnselen die catastrofaal geïnterpreteerd worden. Bij agorafobie worden angstige plaatsen en situaties vermeden. Daarom kan de behandeling zich richten op de cognitieve aspecten, de gedragsaspecten en de lichamelijke verschijnselen. Eigenlijk komt hierin direct een psychomotorisch werkmodel naar voren, namelijk het denken, voelen en handelen. Hier ga ik in het volgende hoofdstuk dieper op in.

Theoretisch kader

Inleiding

Uit onderzoek (Kampman, Keijsers & Hendriks (2004, p. 33); Vandereycken & van Deth, 2004; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995) is gebleken dat cognitieve gedragstherapie een goed effect heeft op de behandeling van een paniekstoornis zonder en met agorafobie. Deze effectiviteit lijkt vooral het gevolg van de combinatie van interoceptieve exposure, cognitieve therapie en exposure in vivo. In de landelijke richtlijnen voor angststoornissen wordt met name gesproken over exposure in vivo als meest effectieve psychologische interventie van behandelen. Daarnaast is paniekmanagement belangrijk. In dit hoofdstuk behandel ik de theoretische kaders waar de exposure en cognitieve interventies vandaan komen, namelijk: de cognitieve therapie en de gedragstherapie. Vervolgens leg ik uit welke rol de psychomotorische therapie hierin kan vervullen.

Cognitieve therapie

In de jaren 60 verschenen de eerste boeken met betrekking tot cognitieve therapie. De grondleggers hiervan zijn: Albert Ellis en Aaron Beck. Ik ga met name in op de cognitieve therapie van Beck, omdat onderzoek heeft aangetoond dat die het meest effectief is, aldus Colin van der Heiden (1999).

De cognitieve therapie gaat ervan uit dat de mens een informatieverwerkend systeem is. De psychische problemen worden veroorzaakt door de verstoorde wijze waarop informatie verwerkt wordt. Met betrekking tot paniek zijn dat de catastrofale of disfunctionele gedachten die volgen op of voorafgaan aan lichamelijke sensaties die te maken hebben met angst.

Kindt & Arntz stellen in *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (1999): “een centrale bewering in de cognitieve therapie is dat ongewenste emoties, gedachten en gedragingen van mensen met een psychische stoornis voortvloeien uit cognitieve schema’s, die de informatieverwerking sturen.”

Wanneer mensen dus in therapie komen, blijken deze schema’s disfunctioneel te zijn. Het is de bedoeling om deze gedachtenpatronen in de therapie te ontdekken, uit te dagen en op waarheid te toetsen. Samen met psycho-educatie kunnen disfunctionele schema’s omgebogen worden naar (meer) functionele schema’s. Hierdoor nemen de paniekaanvallen substantieel af (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995).

De cognitieve therapie gebruikt hiervoor verbale technieken en gedragstechnieken (Heiden, 1999). Enkele voorbeelden hiervan zijn: het uitvragen van gedachtes door middel van een socratische dialoog, een kansberekening maken, het gevreesde op een cognitief continuüm plaatsen en dit evalueren, de taartdiagrammethode, de neerwaartse-pijltechniek, etc. (Heiden, 1999; Bögels & Oppen, 1999).

Ook imaginatietechnieken worden frequent toegepast in cognitieve therapie (Bögels & van Oppen, 1999). Dit wordt gebruikt om cognitieve herstructurering te bewerkstelligen bij patiënten die meer in beelden ‘denken’ dan in woorden of zinnen. Maar uit onderzoek blijkt dat exposure in vivo effectiever is dan imaginaire exposure, aldus Emmelkamp, Bouman & Scholing (1995, p. 115- 116). Daarom kies ik er in mijn module voor om te werken met exposure in vivo.

Gedragstherapie

Gedragstherapie komt voor uit het behaviorisme en is een vorm van psychotherapie waarbij gebruik wordt gemaakt van het gedrag. Korrelboom & Kernkamp (1993) schrijven:

“Gedragstherapeuten beschouwen ... meer expliciet dan veel andere therapeutische scholen dat doen, emotionele problemen en problematisch gedrag in grote lijnen als ‘aangeleerd’.

Aan dit uitgangspunt is vaak de, niet zonder meer logische en ook onjuiste consequentie

verbonden, dat dergelijke emoties en gedragingen ook weer door leerervaringen kunnen verminderen of verdwijnen.” (p. 21)

Hierin komt naar voren dat de problemen aangeleerd zijn. Dit kan gebeuren door conditionering. Denk daarbij aan de klassieke en operante conditionering. Beide modellen vormen de basis voor een gedragstherapeutische werkwijze (Korrelboom & Kernkamp, 1993). Tegenwoordig wordt er niet meer alleen van conditionering gebruik gemaakt, maar is er ook oog voor de cognitie, beleving en emotie van de patiënt. Dit komt terug in de paragraaf over cognitieve gedragstherapie.

Exposure komt voort uit de gedragstherapie en is goed te gebruiken bij de behandeling van agorafobie. Er zijn twee verschillende soorten exposure. Het een wordt ‘flooding’ genoemd, dat wil zeggen dat de patiënt in één keer wordt blootgesteld aan het gevreesde. Dit is goed toepasbaar bij bijvoorbeeld specifieke fobieën. De andere is een hiërarchische opbouw van het blootstellen aan het gevreesde. Deze manier van behandelen schrikt patiënten minder af en het doel is hetzelfde als bij flooding, namelijk het uitdoven van de angst voor het gevreesde. Met andere woorden: de associatiesterkte laten afnemen tussen de gevreesde prikkel en de gevreesde respons. Bij exposure is het de bedoeling dat de patiënt zich zo lang aan het gevreesde blootstelt, dat de angst weer afzakt. Hiervoor is het verstandig dat de patiënt anderhalf tot twee uur besteedt aan het uitvoeren van deze opdracht, om een voldoende uitdoving van de angst te kunnen ervaren (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995).

Een andere interventie uit de gedragstherapie is coping. Bij angstklachten moet daarbij gedacht worden aan het leren toepassen van ontspanningsoefeningen in de angstverwekkende situatie (Korrelboom & Kernkamp, 1999, p. 37). Emmelkamp, Bouman & Scholing (1995) schrijven dat deze specifieke vaardigheden het aantal paniekaanvallen reduceren. Daarom vind ik dat coping in de paniekmodule moet zitten.

Cognitieve gedragstherapie

Emmelkamp, Bouman & Scholing (1995) schrijven dat gedragsexperimenten als wezenlijk onderdeel van cognitieve therapie worden beschouwd. De patiënt moet bepaalde activiteiten ondernemen die gebruikt worden als toetsing van de catastrofale interpretaties. Critici merkten op dat het uitvoeren van gedragsexperimenten eigenlijk exposure aan gevreesde situaties betekent. Zodoende is er geen sprake meer van zuivere cognitieve therapie. Hieruit is de cognitieve gedragstherapie gegroeid.

Ik ben van mening dat bij de behandeling van de paniekstoornis zonder en met agorafobie de cognitieve elementen in de vorm van herinterpretatie van catastrofale gedachten en gedragsexperimenten in de vorm van exposure van wezenlijk belang zijn. Dit dient samen te gaan, omdat beide aspecten naar voren komen in de exposure.

Omdat de psychomotorische therapeut is geschoold in het plegen van lichaamsgerichte interventies en verstand heeft van de fysieke processen die te maken hebben met paniek, is psychomotorische therapie bij uitstek geschikt voor deze behandeling. De volgende paragraaf gaat hier dieper op in.

Psychomotorische therapie theorie

De psychomotorische therapie kwam in Nederland op na de Tweede Wereldoorlog en ontstond in het verlengde van de activerende therapieën uit de jaren twintig (Hutschemaekers & van Hattum, 2000). De therapie heeft als aangrijpingspunt het bewegen en de lichamelijkheid. Of in de woorden van Van der Klis (2005): “psychomotorische therapie is het arrangeren en manipuleren van bewegingssituaties in een therapeutische context van hulpverlening bij psychische/psychiatrische problematiek.” (p. 266)

Wat heeft dit met de paniekstoornis en agorafobie te maken?

Kijkend naar de diagnostiek van de paniekstoornis zonder en met agorafobie en de cognitieve gedragstherapie valt het me op dat bij beide de volgende drie punten naar voren komen:

1. het gevoel. Denk aan de lichamelijke verschijnselen die hun rol spelen.
2. het denken ofwel, de gedachten/cognities. Bijvoorbeeld het catastrofale denken.
3. het handelen, ofwel gedrag. Bij de paniekstoornis met name de selectieve aandacht naar de lichamelijke verschijnselen. Bij agorafobie is dit het vermijdingsgedrag.

Hierin komt het al eerder genoemde model van de psychomotorische therapie om de hoek kijken: het denken – voelen – handelen. Dit model is zeer bruikbaar om psycho-educatie te geven en om interventies te plegen in bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten.

Het overstijgende doel van PMT is om gedragsverandering tot stand te brengen. Dat doel correspondeert met het doel bij de behandeling van de paniekstoornis zonder en met agorafobie. Zoals hierboven al beschreven kan dat door middel van exposure.

Bij mevrouw Jager is dit bijvoorbeeld dat ze in kleine stapjes leert weer met de bus te gaan en daarbij de gevoelens niet catastrofaal te interpreteren. Door te oefenen en dit te evalueren kan ze haar gedachten uitdagen en wanneer ze merkt dat ze hierdoor steeds minder angstig wordt, zal ze ook minder gaan vermijden, waardoor ze haar leven weer als leefbaar kan ervaren.

De modaliteiten

Binnen de psychomotorische therapie wordt gewerkt met de modaliteiten oefenen, ervaren en ontdekken. Vanuit deze modaliteiten kan geconcludeerd worden dat er bij deze doelgroep met name vanuit het oefenen en ervaren gewerkt wordt (lesstof 3 BA-PMT). Ook Judith de Boer (2006) behandelt dit in haar scriptie.

Er wordt in het 'hier en nu' geoefend met nieuw gedrag, door middel van oefen- en ervaringsgerichte activiteiten. Door middel van huiswerkopdrachten wordt de koppeling van het 'hier en nu' met de thuissituatie ('daar') gemaakt.

Het ontdekken is bij deze doelgroep minder aan de orde, omdat we niet de achterliggende oorzaak opzoeken. Uitstapjes kunnen natuurlijk wel gemaakt worden.

Psychofarmaca

Ik behandel in deze scriptie niet de psychofarmaca. Dit staat relatief los van deze behandeling. Wanneer de behandelaar de richtlijnen van GGZ Nederland volgt, komt de patiënt op een gegeven moment in psychologische behandeling, dat soms samengaat met medicatie. De enige contra-indicatie voor de psychologische behandeling is dat er teveel sedatie optreedt, waardoor de behandeling niet het beoogde effect zal hebben.

Dit zal in de intake uitgesloten moeten worden.

Conclusie

Uit deze theoretische kaders blijkt dat het verstandig is om cognitieve (gedrags)therapie samen met psychomotorische therapie te geven. De psychotherapie gaat specifiek in op het denken en eventuele handelen en kan daarover psycho-educatie geven.

De psychomotorische therapeut is gespecialiseerd in het werken met lichamelijke en gedrag(s)verandering). Hierbij valt te denken aan het gevoel dat angst oproept en het gedrag dat hierop volgt. Hierbij wordt ook, maar met minder nadruk, gebruik gemaakt van de cognities, zoals blijkt uit het denken – voelen – handelen model.

Hieruit blijkt dat het een mooie aanvulling is, waarin beide therapievormen hun eigen specifieke profiële vormgeven. Er zit wel enige overlap in, maar er is geen 'dubbel' aanbod. In het volgende hoofdstuk onderzoek ik de huidige situatie op mijn stageplek.

De huidige situatie op mijn stageplek

Inleiding

Om mijn module toe te kunnen passen op mijn stageplek, is het van belang om te weten wat de huidige situatie op mijn stageplek is. Daar ga ik in dit hoofdstuk op in.

Het kan zijn dat de module die ik opstel goed aansluit, maar het kan ook zijn dat ik aanbevelingen maak voor mijn stageplek om dingen aan te passen. Hier kom ik in het hoofdstuk van mijn aanbevelingen op terug.

Verdieping van de module op mijn stageplek

Op mijn stage is de behandeling van de paniekstoornis zonder en met agorafobie ondergebracht bij twee psychologen en één psychomotore therapeut.

De psychologen doen de intake en behandelen vanuit de cognitieve gedragstherapie. In hun behandeling komt het volgende aan bod:

- educatie over angst algemeen, de paniekstoornis, agorafobie en therapie onderdelen. Denk hierbij aan het uitleggen van de spanningsthermometer, regels om met paniekgevoelens om te gaan, wat is piekspanning, hoe te oefenen en rationeel denken.
- exposure in vivo (als huiswerkvorm). Ze begeleiden bij het maken van een hiërarchische opbouw van de exposure-opdrachten en evalueren dit.
- Cognitieve therapie: het uitdagen van (catastrofale) gedachten die te maken hebben met de paniekaanvallen. Vervolgens wordt er geoefend met alternatieve gedachten.
- Bespreken en opgeven van huiswerk.

In de psychomotorische therapie komen de volgende aspecten aan bod:

- Interoceptieve exposure in de gymzaal. Ook kan dit als huiswerk worden meegegeven en in de therapie worden geëvalueerd.
- Ademhalingsoefeningen
- Ontspanningsoefeningen
- Cognities op waarheid toetsen, zo nodig psycho-educatie geven en alternatieve gedachten aanleren.
- Assertiviteitsoefeningen

Groepskenmerken

De groep was eerst een half open groep. Na 6 sessies en 1 evaluatie konden nieuwe patiënten instromen. Om diverse redenen liep dit niet prettig. Daarom is het veranderd in een gesloten groep van maximaal 8 patiënten. De therapie heeft nu 13 sessies plus 1 evaluatiemoment. Hierdoor is er meer tijd voor de psycho-educatie en het begeleiden van de exposure in vivo. Er zit een betere opbouw in de module en men kan dieper ingaan op de stof.

Overeenkomsten met en verschillen tussen de module op mijn stageplek en de theorie

De module dat wordt gegeven komt erg overeen met de theorie die ik erover gevonden heb.

De overeenkomsten zijn:

- De therapie bestaat uit: exposure in vivo, interoceptieve exposure en cognitieve gedragstherapie. Dit is volgens Kampman, Keijsers & Hendriks (2004) de meest effectieve behandeling.
- De nieuwe module komt qua aantal sessies ongeveer overeen met het aantal sessies dat Kampman, Keijsers & Hendriks (2004) beschrijven in het boek 'Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg'.

De verschillen zijn:

- In de PMT zijn assertiviteitsoefeningen deel van de behandeling. Dit geschied wel wat op de achtergrond. Ik ben echter in de theorie niets tegengekomen over de relatie tussen assertiviteit en paniek. Dit hoort vanuit de theorie gezien meer thuis bij de sociale fobie. Toch is ervoor gekozen dit onderdeel enigszins toe te passen, omdat dit naar voren kwam vanuit de patiëntengroep. Het is goed om hier verder onderzoek naar te doen. Wellicht is dit een onderbelicht onderdeel van de behandeling bij deze doelgroep. Omdat het niet in de richtlijnen staat en ik er in de theorie niets over gelezen heb, zal ik dit niet in mijn psychomotorische therapiemodule toevoegen. Wel wil ik het als aandachtspunt vermelden.
- De oude module bestond uit een half open groep van in totaal 7 sessies. Meestal doorliep de patiënt de module twee keer, dat is 14 sessies. In de theorie wordt met name gesproken over individuele therapie bij de paniekstoornis en agorafobie. Kampman, Keijsers & Hendriks (2004) beschrijven een therapie dat bestaat uit een intake en 13 sessies.

Conclusie

Wanneer ik me focus op de psychomotorische behandeling, merk ik dat de behandeling die er was goed overeenkomt met wat beschreven staat in de theorie. Daarom zal de module die ik in het volgende hoofdstuk beschrijf niet erg afwijken van de inhoud waaruit de behandeling momenteel bestaat.

Omdat deze module een zelfstandig deel is dat ook los van deze scriptie kan functioneren zullen sommige aspecten een herhaling zijn.

GEEN PANIEK!

Een psychomotorische therapiemodule voor paniekstoornis zonder en met agorafobie.

Inleiding

Deze module heeft als titel 'Geen paniek!'. Ik heb deze psychomotorische therapiemodule geschreven voor patiënten die in behandeling zijn voor hun paniekstoornis zonder en met agorafobie. Het betreft een poliklinische behandeling, waarin cognitieve gedragstherapie en psychomotorische therapie elk een onderdeel van de behandeling zijn.

Ik, Gerdien van Aken, schrijf deze module in 2009. Dit is in het kader van mijn scriptie voor de opleiding 'Psychomotorische therapie & Bewegingsagogie'.

Ik heb deze module vanuit de beschikbare theorie ontwikkeld, omdat ik me wilde verdiepen in de theorie met betrekking tot de diagnostiek en de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast lag er de vraag op mijn stageadres of ik vanuit de theorie tot verbeteringen kon komen met betrekking tot de inhoud van de behandeling. Deze module is daar het resultaat van.

De doelgroep

Deze module is geschreven voor patiënten die in behandeling zijn voor hun paniekstoornis zonder en met agorafobie. Hun hulpvraag kan onder twee hoofdvragen geplaatst worden:

1. Angstreductie (dit heeft betrekking op de paniekaanvallen)
2. Doorbreken van vermijdingsgedrag (dit heeft betrekking op de agorafobie)

Deze module is ontwikkeld voor een groep patiënten, maar kan gemakkelijk aangepast worden voor individuele psychomotorische therapie.

Indicaties

Patiënten met een paniekstoornis zonder en met agorafobie.

Omdat het gaat om een behandeling naast de cognitieve gedragstherapie, kan het zijn dat de ene specifieke hulpvraag beter uit te werken is binnen PMT passende exposure-situaties dan de andere.

Contra-indicaties

Alcoholmisbruik, vanwege de sedatieve effecten van alcohol. Hetzelfde geldt ten dele voor benzodiazepinen. Wanneer er sprake is van overmatige sedatie verdient het aanbeveling deze medicatie te beëindigen. Meestal gebeurt dit niet in de klinische praktijk. Dan is het aan te raden om met de patiënt afspraken te maken over het op vaste tijden innemen van benzodiazepinen en de afbouw in te plannen als een integraal onderdeel van de behandeling (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004).

Randvoorwaarden voor de patiënt

Volwassen mannen en vrouwen met een gemiddeld IQ kunnen deelnemen aan deze groepsbehandeling. Mensen met lichamelijke beperkingen kunnen deelnemen, mits de beperkingen niet teveel hun eigen proces belemmeren. Dit dient te worden uitgesloten bij de intake. Bij deze doelgroep is het sociale netwerk vaak niet optimaal vanwege de agorafobische vermijdingen. Dit is geen belemmering om deel te nemen aan deze groep, mits er de mogelijkheid is om te oefenen met exposure.

De deelnemers moeten redelijk kunnen functioneren in een heterogene groep. Wel mogen ze enige spanning ervaren in de groep, maar dit mag niet zodanig zijn dat het hun proces belemmert. Het kan namelijk als een exposure-oefening dienen.

Het is belangrijk dat de deelnemers de mogelijkheid hebben om huiswerkopdrachten uit te voeren. Dit is een fundamenteel onderdeel in de behandeling.

Intake

De intake wordt verzorgd door de psycholoog die het gedeelte van de cognitieve gedragstherapie behandelt. Dit kan ook samen met de psychomotorische therapeut gebeuren. Dit laatste verdient een voorkeur, omdat de psychomotorische therapeut direct kan meedenken en ingaan op de aspecten die belangrijk zijn in het PMT-gedeelte. De intake is in deze setting voor beide gedeeltes, namelijk de cognitieve gedragstherapie en de psychomotorische therapie.

In de intake dienen de volgende aspecten naar voren te komen:

- Klachten, hulpvraag en doelen van de patiënt
- Informeren van de patiënt over mogelijkheden, doelen en organisatie van de module/behandeling

Doelen

Algemeen doel: Angstreductie en doorbreken van vermijdingsgedrag (Jol & van der Meijden-van der Kolk, 2000).

Specifieke doelen:

1. Angstreductie met betrekking tot de ervaren lichaamssignalen en (catastrofale) interpretaties die horen bij een paniekaanval.
2. Doorbreken van vermijdingsgedrag gericht op die specifieke angstige situaties en plaatsen, door middel van interoceptieve exposure en exposure in vivo en exposure in vitro.
3. Aanleren van copingstechnieken met betrekking tot de ademhaling en ontspanning.

Meetbare doelen:

- De patiënt kan per week bijhouden hoe vaak een paniekaanval zich voordoet en in welke intensiteit deze beleefd wordt. Dit kan ingevuld worden in een grafiek. Na verloop van enkele weken is een daling te zien in het aantal paniekaanvallen en met welke intensiteit deze beleefd worden. ¹
- De invullijst van interoceptieve exposure laat zien hoe bang iemand nog is voor bepaalde lichamelijke sensaties. De oefeningen die angst oproepen dienen als huiswerk te worden meegegeven en de ervaringen worden ingevuld in de tabel. Bij het evalueren kan geconcludeerd worden dat de angst voor deze specifieke lichaamssensaties afneemt. ²

Referentiekader

De (psychomotorische) behandeling vindt plaats vanuit een cognitieve gedragstherapeutische invalshoek.

Het cognitieve therapiegedeelte zal bestaan uit cognitieve herstructurering. Dit is het uitdagen en op waarheid toetsen van (catastrofale) gedachten en het aanleren van alternatieve gedachtenpatronen. Dit is effectief gebleken bij het verminderen van paniekaanvallen (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995). Dit gedeelte, samen met de uitleg over angst, paniekstoornis en agorafobie, horen bij het vakgebied van de psychologen. Hier ga ik in deze module niet dieper op in.

Uit onderzoek (Kampman, Keijsers & Hendriks (2004, p. 33); Vandereycken & van Deth, 2004; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995) is gebleken dat behandeling door middel van exposure effectief is. Dit komt vanuit de gedragstherapie, dat is geworteld in het behaviorisme. Het is een fundamenteel onderdeel in deze behandeling.

Tevens is uit onderzoek gebleken (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995) dat exposure in

¹ Dit onderdeel kan deel uitmaken van het cognitieve gedragstherapie gedeelte van de behandeling.

² In het geval van een effectieve behandeling.

vivo mét ademhalingsoefeningen meer resultaat boekt dan alleen exposure in vivo. Daarom worden ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen (als coping) aangeboden. Vanuit de psychomotorische therapie wordt gewerkt met het denken-voelen-handelen-model. Dit heeft namelijk betrekking op het CGT kader en de kenmerken van de klachten. Er wordt bij het denken namelijk ingegaan op de disfunctionele interpretaties van de lichamelijke sensaties die gevoeld worden. Dit kan zichtbaar worden in het gedrag dat naar voren komt. Bij de paniekstoornis is dit de selectieve aandacht die gaat naar de ervaren lichaamssensaties en bij agorafobie heeft dit betrekking op het vermijden. De cognitieve gedragstherapeutische aanpak maakt dat er vanuit de modaliteiten 'oefenen' en 'ervaren' gewerkt wordt.

Behandeling

Bewegingssituaties/arrangementen

Het psychomotorische therapiegedeelte zal bestaan uit interoceptieve exposure, exposure in vitro en copingvaardigheden: ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen.

De bewegingsgerichte situaties zijn:

Exposure in vivo

Dit zijn activiteiten waarbij de patiënt zich moet blootstellen aan hetgeen hij vreest in de specifieke situaties. Dit verschilt per patiënt en gebeurt buiten de therapie-uren om. De exposure in vivo zal een hiërarchische opbouw moeten hebben, omdat dit minder angst oproept bij patiënten en omdat het dan als huiswerkopdracht meegegeven kan worden. Het is belangrijk om lang in de situatie te verblijven, zodat de angst tijd en gelegenheid krijgt om af te nemen. Emmelkamp, Bouman & Scholing (1995) spreken over anderhalf tot twee uur per keer.

Ik denk dat het goed is om de exposure in vivo door de psycholoog en psychomotorische therapeut te laten begeleiden. Ook kan dit door een gedragstherapeutisch medewerker gedaan worden. Ik denk dat je op deze manier goed in kunt gaan op het cognitieve aspect, het gevoelsaspect en het gedragsaspect dat in de exposure in vivo verweven zit. Zodoende maak je gebruik van ieders professionele specialiteit.

Dit gedeelte van de behandeling valt buiten de tijd van de psychomotorische therapie zelf.

Exposure in vitro

Dit zijn activiteiten in de zaal, waarbij de patiënt zich moet blootstellen aan hetgeen hij vreest. Als de patiënt bijvoorbeeld bang is om in het middelpunt te staan, creëert de psychomotorische therapeut arrangementen waarin de patiënt kan oefenen met het overwinnen van deze angst en te ervaren dat de angst afneemt. Deze oefeningen zullen goed afgestemd moeten worden op de hulpvraag per patiënt.

De lichaamsgerichte bewegingssituaties zijn:

Interoceptieve exposure

Dit zijn oefeningen waarin men zich blootstelt aan lichamelijke sensaties. Interoceptieve exposure heeft als doel de angst die door allerlei lichamelijke sensaties opgeroepen kan worden, te laten uitdoven. Dit betekent dat iemand went aan de lichamelijke gevoelens en dat de angst steeds meer afneemt totdat deze weg is (van den Bogert & Scholten, 2005). De patiënt leert dat lichamelijke sensaties (on)bewust opgeroepen kunnen worden en dat deze ook vanzelf weer verdwijnen (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004).

In bijlage 2 staan enkele voorbeeldoefeningen op een rij. Voor meer informatie over deze oefeningen verwijs ik naar Emmelkamp, Bouman & Scholing (1995).

Coping

Ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen hebben als doel om het spanningsniveau te verlagen. Het zijn technieken die relatief gemakkelijk kunnen worden aangeleerd om door de patiënten zelfstandig in spannende situaties toe te passen. In bijlage 2 staan enkele voorbeelden op een rij. Tevens kan er gebruik worden gemaakt van de oefeningen die ontwikkeld zijn door Van Dixhoorn. Het is belangrijk om deze oefeningen thuis te laten oefenen, zodat de patiënten de technieken goed in de vingers krijgen en dit adequaat kunnen toepassen.

Behandelstrategieën en interventies

In alle fases staat het oefenen en ervaren centraal. Het is de bedoeling dat de patiënt lichamelijke sensaties ervaart en de ervaring krijgt dat deze sensaties ook weer verdwijnen. De patiënt oefent bruikbare technieken door middel van ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen. Deze kunnen in spannende situaties toegepast worden.

Bij alle oefeningen is educatie van belang om irreële gedachten anders, reëler te laten interpreteren. Toch ligt in de psychomotorische therapie de nadruk meer op het voelen en handelen. De cognitieve herinterpretaties vinden met name plaats in het cognitieve (gedrags)therapiegedeelte.

De therapeutische interventies zijn: informatie geven, bekrachtigen van goede inzet, structureren van de sessies, instructies geven met betrekking tot de activiteiten.

Therapeut

Het maakt niet uit of de therapeut een man of een vrouw is. Voor het psychomotorische gedeelte van de therapie is één therapeut voldoende, omdat het vanuit diagnostisch oogpunt een homogene groep is.

Bij de exposure in vivo kan ervoor gekozen worden om een gedragstherapeut c.q. psycholoog en een psychomotorische therapeut de deelbehandeling te laten uitvoeren. Zodoende kan er namelijk ingegaan worden op de cognitieve herstructurering door de gedragstherapeut of psycholoog, en de ervaren lichamelijke sensaties kunnen besproken worden door de psychomotorische therapeut.

Therapeutische attitude

De therapeutische attitude die volgt uit het cognitief gedragstherapeutisch werken is:

- steunend en begripvol ten opzichte van de angstklachten en exposure-oefeningen
- educatief: responspreventie, psycho-educatie. De therapeut geeft inzicht in het gedrag van de patiënt.
- complimenterend met betrekking tot uitgevoerde (huiswerk)opdrachten. Met andere woorden: de therapeut gebruikt positieve bekrachtiging als interventie in zijn behandeling.
- structurerend ten opzichte van de therapie sessies
- coachend met betrekking tot de huiswerkopdrachten en oefensituaties in de zaal

Deze punten gelden voor de psychologen, maar zijn ook van toepassing op de psychomotorische therapeut.

Groep en/of individueel

Deze module betreft een behandeling voor een groep patiënten.

Voor een individueel aanbod dient deze module iets aangepast te worden. Wel kan van dezelfde behandelstrategieën, interventies, arrangementen, doelen, referentiekaders en therapeutische attitudes gebruik gemaakt worden.

- De behandeling betreft een individueel aanbod in de groep. De rol van de groep is de herkenning in elkaars verhaal, de groepsleden dienen als 'steunende getuigen'. Het kan de motivatie en ontwikkeling bevorderen (Jol & van der Meijden-van der Kolk, 2000).
- Het betreft een gesloten groep. Wel kan de module een tweede keer gevolgd worden.
- De groepssamenstelling is heterogeen wat betreft sexe, leeftijd, specifieke hulpvraag. De groepssamenstelling is homogeen wat betreft algemene problematiek. Een gemengde samenstelling komt ten goede aan corrigerende ervaringen (de Boer, 2006).
- De minimale grootte van de groep is 4 deelnemers, de maximale grootte 8 deelnemers. Wanneer er minder dan 4 deelnemers zijn, kan er gewacht worden tot de groep vol is. Ook kan gekozen worden voor een individuele behandeling. In dat geval kan de behandeling specifiek worden aangepast aan de hulpvraag van de patiënt.

Fasering

Fase 1: sessie 1-5

Deze fase wordt gekenmerkt door de nadruk op uitleg van de therapie, educatie met betrekking tot de lichamelijke sensaties, interoceptieve exposure en oefeningen met betrekking tot betere copingvaardigheden. Ook vind de kennismaking met de therapeuten en de patiënten onderling plaats.

Fase 2: sessie 6-10

Deze fase wordt gekenmerkt door interoceptieve exposure oefeningen, educatie waar nodig en exposure in vitro-oefeningen.

Fase 3: sessie 11-14

Deze fase wordt gekenmerkt door interoceptieve exposure (waar nodig), herhalen van ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en exposure in vitro-oefeningen en samenvatten van de in de therapie opgedane inzichten. Mogelijke disfunctionele cognities, die bij het afsluiten van de behandeling naar voren komen, worden uitgedaagd en verbogen. Het leren omgaan met terugval: psycho-educatie. Zie terugval als mogelijkheid om opnieuw te oefenen met de in de therapie geleerde methoden (Bögels & van Oppen, 1999, p. 69).

De therapeut is in de eerste en tweede fase sturend en structurerend aan het werk. In fase drie is er meer ruimte voor de patiënten om aan te geven wat ze nodig hebben.

Een patiënt is in principe klaar met de behandeling nadat hij of zij eenmaal, hooguit tweemaal de module heeft gevolgd. Het is niet noodzakelijk om door te gaan tot de patiënt klachtenvrij is, omdat een overstijgend doel van de cognitieve therapie is, volgens van der Heiden (1999), om de patiënt zelf technieken aan te leren, waardoor ze zelfstandig toekomstige stressvolle situaties beter kunnen hanteren. Daarnaast kan het lang duren wanneer men wacht tot de patiënt klachtenvrij is. Het kost veel tijd en geld en de patiënt wil vaak niet in therapie blijven totdat hij/zij klachtenvrij is.

Wanneer, nadat de behandeling éénmaal doorlopen is, geen duidelijke verbeteringen zijn opgetreden, is een ongewijzigde herhaling niet zinvol (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2004).

Opbouw sessies

- Een beginronde: bijzonderheden worden verteld. Eventuele huiswerkopdrachten worden besproken.
- Interoceptieve exposure-oefening. Voorbeelden van de oefening: zie bijlage 2.
- Nabespreking interoceptieve exposure, ingevulde formulieren met betrekking tot deze oefening. Zo nodig komt hier ook het uitdagen van cognities en psycho-educatie aan bod.

- Oefening met betrekking tot ademhaling, ontspanning of exposure in vitro (bewegingsgericht).
- Nabespreking tweede oefening.
- Huiswerk meegeven

Huiswerk

Uit onderzoek (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995) is gebleken dat frequent oefenen effectiever is dan meer gespreid oefenen. Ook is het bij een groep niet mogelijk om mee te gaan met de exposure in vivo. Daarom wordt dat als huiswerk meegegeven en geëvalueerd in de therapie. De ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen worden als huiswerk meegegeven, zodat de patiënt die goed in de vingers krijgt. Ook de interoceptieve exposure-oefeningen waarbij angst ervaren wordt, dienen als huiswerk meegegeven te worden, om zodoende de angst uit te laten doven. Deze worden aan het begin van elke sessie geëvalueerd. Een voorbeeld van dit invulformulier staat in bijlage 3.

Organisatie

Tijdsduur per sessie: 60 tot 75 minuten

Frequentie: één keer per week

Totale tijdsduur: 14 sessies

Evaluatie

Omdat deze module nog niet in de praktijk is onderzocht, kan ik deze module nog niet evalueren. Wel hoop ik dat dit nog zal geschieden, door mij en/of door andere psychomotore therapeuten.

Ik raad daarbij aan om dan in ieder geval een tevredenheids onderzoek te doen. Zodoende krijg je als therapeut feedback over de aangeboden module en handvatten om het te verbeteren. Dit kan door middel van een evaluatieformulier en/of een evaluatiegesprek. Hierin zullen pluspunten en verbeterpunten aan de orde moeten komen. Tevens of de werkdoelen bereikt zijn, hoe de opstelling van de therapeut ervaren is, welke therapieonderdelen voor herhaling vatbaar zijn, etc.

Ook kan een effectenonderzoek gedaan worden. Dit vereist veel tijd en kennis. Er zal een gestandaardiseerde test gemaakt of gezocht en toegepast moeten worden. Dit heeft voordelen met betrekking tot het evidence based maken van behandelingen.

Algemene randvoorwaarden

Algemeen

Voor de basisberoepscode wil ik verwijzen naar het 'Beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut' van de NVPMT (Handleiding module-ontwikkeling voor PMT, 1998).

Spel- en oefenmateriaal

De basismaterialen in een gymzaal dienen aanwezig te zijn.

Het minimale dat aanwezig moet zijn is: 10 stoelen, 10 matten en kussens voor de ontspanningsoefeningen, ballonnen, rietjes, twee banken, 10 springtouwen, enkele volleyballen/basketballen/tennisballen, eventueel bokshandschoenen en bokskussens. Verder is het aan de creativiteit van de therapeut welke materialen aanwezig moeten zijn.

(Sport)kleding, schoeisel, beschermingsmateriaal

De patiënt heeft gemakkelijk zittende kleding nodig en zaalschoenen. Eventueel kan de patiënt zaalschoenen lenen van de psychomotorische therapie (GGZ Friesland).

Audiovisuele hulpmiddelen

De therapeut dient de beschikking te hebben over een multimediaspeler en een CD met ontspanningsoefeningen. Dit is overigens optioneel.

Accommodatie

Minimaal dient de accommodatie te bestaan uit een (gym)zaal van 15 bij 10 meter.

Personeel

Deze psychomotorische behandeling kan uitgevoerd worden door een HBO-opgeleide psychomotorische therapeut die zich verdiept heeft of zich wil verdiepen in de cognitieve gedragstherapie. Samenwerking met psycholoog c.q. gedragstherapeut is noodzakelijk met betrekking tot de afstemming op elkaar, de overdracht naar elkaar en de verdeling van therapie-onderdelen (CGT en PMT).

Tijdsinvestering

De psychomote therapeut moet minstens 32,5 uur berekenen voor deze module. Dit komt voort uit de volgende deeltijfers:

Behandelsessies:	14 x 75 minuten.	= 17,5 uur	
Overleg:	60 minuten.	= 1 uur	
Overdracht:	14 x 30 minuten.	= 7 uur	
Inlezen:	120 minuten	= 2 uur	
Rapportage:	14 x 20 minuten.	= 5 uur	+
Totaal		= 32,5 uur	

Nog niet inbegrepen zijn:

- Indien de psychomote therapeut ook bij de intake betrokken zal zijn, dient hij hiervoor 1,5 uur per patiënt uit te trekken.
- Indien de psychomote therapeut betrokken is bij de exposure in vivo-behandeling, dient hij er 14 x 60 minuten = 14 uur voor te rekenen. Dit valt onder: samenwerken met andere hulpverleners.
- Scholing/intervisie/supervisie: Het is onbekend hoeveel uur hiervoor gerekend zou moeten worden. Het is wel aan te raden om interventie/supervisie te volgen en je te verdiepen in deze problematiek en referentiekaders.

Deze berekening gaat ervan uit dat de behandeling in de zaal op de polikliniek gegeven wordt. Zodoende hoeft er geen reistijd gerekend te worden.

Dit is een geschatte berekening, omdat deze module nog niet in de praktijk is getoetst.

Financiën

Dit is in verband met mijn scriptie niet van toepassing.

Valkuilen en oplossingen

Aangezien deze module ontwikkeld is vanuit de theorie, dient deze eerst te worden toegepast en onderzocht in de praktijk. Dan kunnen valkuilen en oplossingen worden opgemerkt en verwerkt. Tevens kan door middel van ervaringen uit de praktijk deze module worden aangepast.

Literatuur en bijlagen

Hierbij verwijs ik naar de literatuurlijst en de bijlagen van mijn scriptie.

Conclusie

De vraagstelling die ik in deze scriptie behandeld heb, luidt:

Hoe ziet een PMT-module vanuit de cognitieve gedragstherapie eruit, voor een groep patiënten in poliklinische setting, met een paniekstoornis zonder en met agorafobie, die toepasbaar is bij GGZ Friesland?

Zoals vermeld in de inleiding, ben ik met de theorie gestart en heb van daaruit de module in het voorgaande hoofdstuk ontwikkeld.

Ik heb hiervoor gebruik gemaakt van de richtlijnen die GGZ Nederland (Trimbos) en GGZ Friesland hebben opgesteld.

Ik ben tot de conclusie gekomen dat er veel informatie is over de cognitieve therapie en de gedragstherapie. Ik moest het voor deze scriptie kort houden, maar het is met gemak uit te breiden met interventies vanuit deze referentiekaders.

In het volgende hoofdstuk vermeld ik enkele aanbevelingen. Aangezien de theorie niet veel verschilde met wat we in de praktijk al deden, zijn het er niet veel.

Een volgende stap is om deze module in de praktijk te onderzoeken. Mogelijk zal ik dit in de toekomst kunnen doen. Maar ik wil hierbij alle psychomotore therapeuten in Nederland uitdagen om modules als deze in de praktijk te onderzoeken. Zodoende kunnen we ons vak meer wetenschappelijk onderbouwd neerzetten in de (geestelijke) gezondheidszorg.

Aanbevelingen en opmerkingen

Naar aanleiding van de bevindingen die ik in deze scriptie heb weergegeven, wil ik enkele aanbevelingen doen.

Vanuit ervaringen die men opgedaan had op mijn stageplek werden er ook activiteiten aangeboden met betrekking tot assertiviteit. Dit heb ik in de theorie nergens teruggevonden. Ik denk dat het goed is om onderzoek te doen naar assertiviteit in relatie tot deze doelgroep en de module die ik daarvoor geschreven heb. De vraag daarbij is: als je dit aspect toevoegt, is dat dan ook terug te zien in de resultaten?

Een ander punt waar ik op stuitte was de exposure in vivo. Vanuit de theorie werd nauwelijks gesproken over wie de behandeling uitvoert. Vaak was dit een gedragstherapeut. Het boekje 'In beweging' laat zien dat een psychomotorisch therapeut dit ook kan doen. Ik denk persoonlijk dat het verrijkend is voor de therapie wanneer de psycholoog of gedragstherapeut dit onderdeel samen met de psychomotorisch therapeut uitvoert. Maar deze hypothese zal onderzocht moeten worden. Is het noodzakelijk? Is het effectiever? Of maakt het geen verschil?

Tot slot wil ik opmerken dat de theorie met name spreekt over individuele therapie bij de behandeling van deze stoornis. Jol & van der Meijden-van der Kolk schrijven dat de exposure-situatie meestal dermate persoonsspecifiek is, dat individuele PMT geïndiceerd is. Zijn er meerdere patiënten waarvoor eenzelfde PMT-exposure situatie geïndiceerd is, dan is een groepsverband aan de bevelen.

Wat ik wil aanbevelen is dat de groep patiënten zo homogeen mogelijke klachten heeft. Dat heeft voordelen met betrekking tot het uitvoeren van de behandeling. De groep kan beter klein en homogeen zijn, dan groot en heterogeen. De behandeling zal, naar verwachting, door het homogene karakter van de groep, beter aansluiten en dus effectiever zijn. Ook dit is een hypothese die onderzocht kan worden.

Nawoord

Door deze scriptie te schrijven ben ik meer te weten gekomen over de cognitieve gedragstherapie en de behandeling van de paniekstoornis zonder en met agorafobie. Ik ben uitgedaagd om hier creatief over na te denken en om hiervoor een module te schrijven. Ik ben tot de conclusie gekomen dat de module op mijn stage aardig overeen kwam met wat in de theorie naar voren kwam.

Ook ben ik tot de conclusie gekomen dat de cognitieve gedragstherapie, in ieder geval bij deze problematiek, goed toepasbaar is binnen de psychomotorische therapie.

Ik hoop dat u als lezer veel leesplezier hebt gehad en wellicht het één en ander hebt geleerd.

Literatuurlijst

Boeken:

- APA (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Ik heb de Nederlandse vertaling gebruikt: (2001) *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Drukkerij Wilco bv, Amersfoort.
- Emmelkamp, P., Bouman, T. & Scholing, A. (1995). *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling. 2^e, herziene druk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korrelboom, C.W. & Kernkamp J.H.B. (1993). *Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Vandereycken, W. & Deth, R. van (2004). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling* (p. 133 – 147). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vollebergh, W., Graaf, R. de, Have, M. ten, Schoemaker, C., Dorsselaer, S. van, Spijker, J. & Beekman, A. (2003) *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis*. Trimbo-instituut, Utrecht.

Verzamelwerken:

- Bögels, S.M. & Oppen, P. van (1999). Algemene aspecten van cognitieve therapie & Specifieke aspecten van cognitieve therapie (p. 25 – 70). In: *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bogert, C. van der & Scholten, W.D. (2005). Exposure, ontspanning en concentratie (p. 107-120). In: *Psychomotorische therapie in de praktijk*; onder redactie van drs. J. de Lange en dr. R. J. Bosscher. Cure & Care Publishers Nijmegen.
- Heiden, C. van der (1999). De cognitieve therapie van Beck. In: *Gedragstherapie*, jrg. 32 (I), pp. 3-32. In: Reader 'Bij- & nascholing Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie: Cognitieve Therapie & PMT'. Een tweedaagse cursus 24-01 en 14-02, 2003. Samengesteld door Marlies Rekkers.
- Hutschemaekers, G. & Hattum, M. van (2000). In *beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Onder redactie van: Hutschemaekers, G. & Hattum, M. van. Trimbo Instituut, Utrecht.
- Jol, G. & Meijden-van der Kolk, H. van der (2000). Producten psychomotorische therapie voor de behandeling van mensen met angststoornissen. In: *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Trimbo Instituut, Utrecht.
- Kampman, M., Keijsers G.P.J. & Hendriks, G.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie: interoceptieve exposure, cognitieve gedragstherapie en exposure in vivo (p. 32-62). In: *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 1*. Onder redactie van: Keijsers, G.J.P., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L.. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kindt, M. & Arntz, A. (1999). Cognitieve verwerking en psychopathologie: theorie en onderzoek (p. 1 – 24). In: *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Onder redactie van: Bögels, S.M. & Oppen, P. van. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Klis, P. van der (2005) *De grenzen van psychomotorische therapie. Over rekkelijken en preciezen*. In: *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Onder redactie van: Lange, de J. & Bosscher, R.J..

Internet:

- <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/Psychische%20stoornissen%20Nederland.pdf>
- <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/AF0610LandBasisprogrammaAngststoornissen.pdf>
- Scriptie Judith de Boer (2006). *Blij met je lijf*. <http://209.85.229.132/search?q=cache:PIWJfonfVLiYJ:hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi%3Ffid%3D2721+scriptie+judith+de+boer,+2006&cd=4&hl=nl&ct=clnk>

Overig:

- Het zorgprogramma angststoornissen, versie januari 2005. GGZ Friesland, locatie Drachten.
- Lesstof 3 Ba-PMT.
- Handleiding module-ontwikkeling voor psychomotorische therapie. Concept-versie april 2008.

Bijlage 1: Paniek zonder en met agorafobie vanuit de DSM-4-tr (APA, 2000) bekeken.

Een paniekaanval.

Een paniekaanval is 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 om de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden, angst om dood te gaan, paresthesieën (= verdoofde of tintelende gevoelens), opvliegers of koude rillingen.

Wat is agorafobie eigenlijk?

A. Agorafobie is angst om op een plaats of in een situatie te zijn waaruit ontsnappen moeilijk (of gênant) kan zijn, of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval dat je een onverwachte of situationeel gepredisponerde paniekaanval of paniekachtige verschijnselen krijgt. Dit kan zijn in situaties als alleen buitenshuis zijn, je temidden van een groep mensen bevinden, in een rij wachten, op een brug staan en reizen met een bus, trein of auto.

B. Deze situaties gaan mensen vermijden, of worden alleen doorstaan met een duidelijk lijden of de angst om een paniekaanval of paniekachtige symptomen te krijgen, of de aanwezigheid van een begeleider is noodzakelijk.

C. De angst of vermijding is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals een:

Sociale fobie: vermijding, beperkt tot sociale situaties, uit angst in verlegenheid te raken.

Specifieke fobie: vermijding is beperkt tot een enkele situatie zoals bijvoorbeeld liften.

Obsessieve-compulsieve stoornis: bijvoorbeeld vermijding van vuil bij iemand met een smetvrees.

Posttraumatische stressstoornis: bijvoorbeeld vermijding van prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor.

Separatie-angststoornis: bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten.

Een paniekstoornis zonder agorafobie:

A. De persoon heeft recidiverende (= terugkerende) onverwachte paniekaanvallen. Na ten minste één van de aanvallen was er een maand (of langer) sprake van één of meer van de volgende punten:

- Voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
- Bezorgdheid over de verwikkelingen of de consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')
- Een belangrijke gedragsverandering, in samenhang met de aanvallen

B. De persoon voldoet niet aan de kenmerken van agorafobie.

C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals bij de vorige paragraaf beschreven is onder punt C.

Een paniekstoornis met agorafobie:

Deze stoornis komt overeen met wat hierboven beschreven is bij paniekstoornis zonder agorafobie. Alleen voldoet de persoon die deze stoornis heeft wél aan de kenmerken van agorafobie, zoals beschreven staat onder 'wat is agorafobie eigenlijk'.

Bijlage 2: opsomming mogelijke oefeningen.

Interoceptieve exposure oefeningen :

- Hyperventileren/Hyperventilatieprovocatie: snel, hoog, ademen (2 minuten)
- Nee-schudden, met de ogen open
- Voorover buigend, je hoofd tussen de knieën laten hangen en snel overeind komen
- Op de plaats rennen
- Adem inhouden
- Opedrukt houden tegen de grond of muur (ogen open)
- Rondraaien op een stoel of staand op de grond, met de ogen open
- Staand staren naar een plek op de muur
- Door een rietje ademen met de neus dicht

Ademhalingsoefeningen :

- Inademen door de neus, uitademen door de mond. Het uitademen moet langzamer gaan. Hiervoor kun je een tuitje van je mond maken en zacht 'fff' laten horen.
- Door middel van tellen. Het inademen tellen, bij het uitademen steeds een tel extra, totdat de uitademing 2 x zo lang duurt als de inademing.
- Voelen waar de ademhaling zit door middel van één hand op de borst en één hand op de buik. Vervolgens proberen naar de onderste hand te ademen, zodat die heen en weer gaat.

Ontspanningsoefeningen :

- Progressieve relaxatie van Jacobson
- Autogene training van Schultz
- Geleide fantasie oefeningen

Bijlage 3:

Interoceptieve Exposure:
Oefeningen waarbij je went aan lichamelijke signalen m.b.t. paniek.
 Het registratie formulier.

Noteer je angst vooraf (0-10)	Welke signalen neem je waar en hoe intensief (0-10)	Hoe bang ben je voor deze signalen? (0-10)	Lijken deze signalen op een paniekaanval (0-10)
Voorbeeldoefening: <i>adem inhouden</i>			
5	<i>Adem tekort (5) Pijn op de borst (6)</i>	7	6
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		

Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		
Oefening:			
		