

ANGSTBOEKJE

Door: M.K. Taams & M.G.T Kwee

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK I: Algemene inleiding

1. Inleiding
2. Angst: waarnemen, denken en doen
3. Normale angst
4. Abnormale angst
5. De context van angststoornissen
6. Persoonlijke stoornissen
7. Angst en afweermechanismen
8. Soorten angststoornissen

HOOFDSTUK II: De Angststoornissen

1. Paniekstoornis met of zonder agorafobie
2. Sociale Fobie
3. Enkelvoudige Fobie
4. Dwangstoornis (OCS)
5. Geeneraliseerde Angststoornis
6. Post Traumatische Stress Stoornis
7. Andere Angststoornissen
8. Hypochondrie

HOOFDSTUK III: Behandeling van angst

1. Angst en vicieuze cirkels
2. Angst en hersenen
3. Het metacognitieve bewustzijn
4. Aandachtstraining
5. Cognitieve gedragstherapie
6. Psychofarmaca
7. Meditatie naast medicatie
8. Vrij van vrees

HOOFDSTUK I: Algemene inleiding

1. Inleiding

1.1 De Stichting FobieVRIENDEN

Het Amerikaanse *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders* of DSM-handboek behandelt een scala van geestelijke stoornissen: die welke biologisch van aard zijn, zoals wanen en hallucinaties, tot en met die welke psychosociaal van aard zijn.¹ De emotionele stoornissen, waartoe de angststoornissen behoren, kan men zowel biologisch als psychisch bekijken; dat wil zeggen dat extreme spanningen (stress) of relationele problemen (omgang met anderen en/of met zich zelf) achter de tekenen/symptomen van een angststoornis verscholen zit. Terwijl het duidelijk is dat voor de biologische angststoornissen medicatie is voorgeschreven, de meer psychologische stoornissen een benadering vergen via realistisch waarnemen, denken en doen. Hoe de angststoornis ook wordt veroorzaakt en in stand gehouden, het alom geaccepteerde devies is: praten alleen kan, maar pillen zonder praten kan niet. Wat de behandeling ook zal zijn, diagnose en voorlichting gaan in alle gevallen vooraf. Dit *Angstboekje* wil in die behoefte voorzien. Het is de bedoeling dat bij het lezen van de tekst het mogelijk is dat u enigszins een clou krijgt met welke angststoornis u zelf te kampen hebt. Angst is een moeilijk onderwerp. Een gesprek met een deskundige kan duidelijkheid verschaffen. Bij vragen kunt u zo nodig de Stichting FobieVRIENDEN bellen (SFVR: 0900 6161611).²

1.2 Dit Angstboekje is voor iedereen

Dit Angstboekje is geschreven in het kader van voorlichting en de nodige informatie die zowel patiënten en hun familie alsook professionals, die dikwijls met angststoornissen van doen hebben, van nut kan zijn. Het kan niet anders dan dat de inhoud van dit boekje beperkt is omdat het onderwerp zo omvangrijk is dat er een selectie van thema's die hier aan de orde komen moest worden gemaakt. Getracht werd algemeen bekende feiten over angststoornissen de revue te laten passeren en ook de meest recente inzichten en bevindingen hierin op te nemen. Dit geldt zowel voor de diagnose als voor de behandeling van angststoornissen. Helaas gaan de ontwikkelingen in de wetenschap zo snel dat wat nu recent is binnen vijf jaar alweer achterhaald zal blijken te zijn. Een boeiende ontwikkeling is dat in de behandeling volgens cognitieve gedragstherapie (verandering van denken en doen) inzichten vanuit een 2500 jarige *boeddhistische psychologie* (dat over 'realistisch' waarnemen gaat) in het afgelopen decennium zijn betrokken. Het feit dat deze inzichten de tand des tijds hebben doorstaan en deze volgens vele onderzoekers wetenschappelijk kunnen worden beproefd, lijkt de belofte in zich te herbergen dat het onderwerp een blijvertje zal kunnen zijn. Het gaat vooral om de praktijk van meditatie waaronder open aandachtigheid (*mindfulness*).

1.3 Wat is DSM?

Dit Angstboekje over stoornissen en aanverwante zaken is vooral geënt op het DSM dat geestelijke stoornissen beschrijft. Ontstaan om orde in de diagnostische chaos te

¹ American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

² Hier kan men ook het kosteloos op te sturen Infoboekje van de Stichting FobieVRIENDEN opvragen.

scheppen, blijft het een ruwe maatstaf die vooralsnog wel de meest gehanteerde classificatiemethode is. Voor het eerst verschenen in 1952, kent het in 2000 een vierde gewijzigde druk. Statistisch verwijst naar de functie van de codes waarmee elke stoornis te turven is en zo statistieken zijn bij te houden. De om de zeven tot twaalf jaar bijgestelde beschrijvingen dienen hoofdzakelijk om de communicatie te bevorderen tussen vakgenoten, maar ook tussen behandelaren (artsen, psychologen en psychiaters), patiënten en zorgverzekeraars. Het in heldere taal geschreven DSM kan door iedereen gelezen worden. Ofschoon het theorie en jargon vermijdt, bevat het technische termen die voorzover gebruikt hier uitgelegd worden. Het moge duidelijk zijn dat het DSM vele stoornissen (meer dan 300) beschrijft en hier in de kern alleen een beperkt onderwerp aan de orde komt: de angststoornissen en de meest belangrijke stoornissen die ermee verbonden zijn (zoals persoonlijkheidsstoornissen) en verscheidene andere psychologische aspecten die ermee te maken hebben (zoals afweermechanismen). Deze thema's komen in het DSM alsook in een veel gebruikte 'intake' vragenlijst aan de orde.³

2. Angst: waarnemen, denken en doen

2.1 De BioPsychoSociale mens

Een mens is een 'biopsychosociaal' wezen. Dit houdt in dat de mens op drie gelijktijdig werkende en met elkaar vervlochten niveaus functioneert: biologisch, psychologisch en sociaal. Elk niveau of systeem is binnen een individu van elkaar te onderscheiden maar niet te scheiden; elk systeem kent een eigen wetmatigheid. De kernvraag is hoe via het ene systeem het andere valt te beïnvloeden. Psychologisch gezien kan angst op zichzelf niet worden veranderd dan door een verandering van waarnemen, denken en/of doen. Vooral is de cognitieve gedragstherapie hierop gericht. Psychofarmaca (medicijnen die op de geest inwerken) veranderen angst ook niet direct, maar door de spieren te verslappen (*benzodiazepinen*) en/of door in te werken op de biochemie van hersencellen (*antidepressiva*). Emoties, waarvan angst een onderdeel is, zijn een boeiend verschijnsel omdat zij de brug lijken te vormen tussen geest-en-lichaam. Er bestaan basale emoties en afgeleide emoties en er bestaan negatieve emoties en positieve emoties. Basale negatieve emoties zijn depressie, angst, boosheid en verdriet; basale positieve emoties zijn blijdschap, liefde en rust/stilte. De laatste is eigenlijk geen emotie, maar een begin voordat men bewogen raakt. De betekenis van emotie is immers bewogen zijn en voordat bewogenheid tot stand komt was er rust en stilte waarin alle emoties besloten zijn.

2.2 Denken-doen-voelen

Om inzicht te krijgen in waar geest-en-lichaam uit bestaan, kan men denken, voelen en doen verder onderverdelen. *Denken in redeneren en verbeelden, voelen in emoties en zintuiglijk ervaren en doen in alleen handelen of in relatie tot anderen.* Uiteraard vereisen deze psychische vermogens een lichaam dat de basis vormt voor ons psychosociaal functioneren. De meeste emoties zijn niet basaal, maar zijn affecten die een combinatie zijn van emotionele gevoelens en gedachten, redeneringen of beelden. Het veranderen van cognities (gedachten) en ernaar handelen zoals de cognitieve gedragstherapie voorschrijft is zeer succesvol gebleken, even effectief als een behandeling met

³ Kwee, M.G.T. & Roborgh, M.R.H.M. (1990). Multimodale Anamnese Psychotherapie: Handleiding en Vragenlijst. Amsterdam: Swets.

antidepressiva. Zo is de te pas en onpas gekoesterde gedachte 'straks krijg ik paniek' bij een angststoornis vaak niet gebaseerd op redelijkheid maar heeft tot gevolg een angst die *nu* al wordt gevoeld. Onredelijke of irrationele gedachten zijn er dikwijls de oorzaak van angstgevoelens voordat de gevreesde gebeurtenis zich voordoet. Tot voor kort ging het louter om verandering van gedrag en van denkinhouden, om het vervangen van irrationele door rationele of relativiserende gedachten. Recentelijk zijn vooruitstrevende onderzoekers erachter gekomen dat men zich eerst er bewust van mag zijn wat men van moment tot moment denkt, voelt en doet, voordat men aan verandering toe is.

2.3 *Denken de-automatiseren*

Het is van belang niet louter te denken-voelen-doen, doch er zich van bewust te zijn / waar te nemen dat men waarneemt, redeneert, verbeeldt, voelt en handelt. Hiertoe is aandacht nodig, aandacht voor de geest en wat er zich daarin afspeelt en voor het lichaam en de verschijnselen in/van het lichaam. Door niet slechts te denken, voelen of doen, maar er als naar een film van binnen naar te kijken, echter zonder te oordelen, schept men een relatie tot het innerlijk. De winst hiervan is dat wat men denkt niet automatisch als waar wordt aangenomen, maar als een gedachte die voorbijtrekt. Door zich bewust te zijn via het erbij houden van de aandacht raakt het automatisch denken, voelen en doen 'gede-automatiseerd'. Deze aandachtigheid staat ook wel bekend als 'mindfulness', een algemene of non-specifieke factor die elke therapie zal bevorderen, maar die op zichzelf geen therapie is. Dit gedachtegoed is afkomstig uit boeddhistische leer die recentelijk sterk in de wetenschappelijke belangstelling staat. Deze is geen godsdienst en geen filosofie, maar een praktische leer die correspondeert met de basisprincipes van de cognitieve gedragstherapie. Hoewel de leer een innerlijke bevrijding nastreeft, hoeft men zich daar niet toe te verplichten om de technieken ervan te gebruiken, welke al voor velen door de eeuwen heen tot een evenwichtig psychisch functioneren hebben geleid.

3. Normale angst

3.1 *Overlevingsangst*

Normale angst is een onafscheidelijk deel van ons leven. Het is redelijkerwijs te verwachten dat bij reëel gevaar, denk maar eens aan een terroristische aanslag, wij allen bang zullen zijn. Het is een volkomen aangepaste reactie om zich bij potentieel gevaar nerveus te voelen of in stress te raken. De 'eigen wijsheid' van het lichaam zorgt ervoor dat het zich mobiliseert en gereed maakt tegen het gevaar te vechten of ervoor te vluchten. Wat er gebeurt, is dat de bijnieren stresshormonen produceren waarvan de bekendste adrenaline (*adren* = bijnier) heet. Deze heeft er sinds het bestaan van de mensheid voor gezorgd dat mensen dreiging konden afweren om te overleven. De gespannen actiebereidheid van het lichaam (*arousal*) voelt meestal niet bepaald prettig aan, zeker niet wanneer het gevoel van angst opkomt en blijft hangen zonder dat er objectief gezien gevaar dreigt. Daardoor kunnen prestaties teruglopen en zich allerlei andere beperkingen in het dagelijks functioneren voordoen. Dit is het geval wanneer de angst zo intens is dat deze oploopt tot paniek. De angst kan zich maanden na de stressvolle gebeurtenis aanhouden en ook kan vermijdingsgedrag voor de gevreesde situaties optreden. Terwijl de angst begon als een normale en aangepaste reactie verwordt het tot een plaag die het de persoon een normaal functioneren ontnemt.

3.2 Angst als waarschuwing

Angst is dus vooraleerst een signaal dat ons waarschuwt voor dreigend gevaar en een maatregel om crisis af te wenden. Dit kan variëren van *angst voor allerlei pijn en verdriet (een bal tegen het hoofd, zakken voor een examen of persoonlijk afgewezen worden)* tot en met *angst voor ziekte, veroudering en dood*. Bij angst ervaren we vage, onaangename gevoelens samengesteld uit verscheidene los van elkaar lijkende lichamelijke sensaties die duidelijk zijn waar te nemen als we er niet voor weglopen. Deze sensaties verschillen van persoon tot persoon en zijn het gevolg van het feit dat het ‘gestresste’ lichaam zich voorbereidt om te vechten of te vluchten voor het vermeende gevaar. Voor de duidelijkheid, dit gevaar kan ook voor de sensationele beleving ervan opgezocht worden zoals bij risicovolle sportactiviteiten of tijdens een rit in de achtbaan van een pretpark. De sensaties zijn identiek aan die bij een reële dreiging en blijken dus af te hangen van hoe men erover denkt c.q. welke cognities men erop nahoudt. Bij het ervaren van angst doen zich onder meer de volgende verschijnselen voor: beklemming, benauwdheid, zweten, kortademigheid, hartkloppingen, misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn, rubberen benen, rusteloosheid. Een veranderde ademhaling kan de zuurstof (inademing) en koolzuur (uitademing) verhouding zodanig verstoren dat er sprake is van hyperventileren.

3.3 Angst als stemming

Het aangeboren vermogen bang te zijn gaat parallel met het vermogen ons boos, bedroefd of blij te voelen. Angstneigingen kunnen bij de één meer aangeboren zijn dan bij de ander. Doorgaans wisselen gevoelens (affecten) zich gedurende een dag elkaar af. We spreken van stemmingen als de emotie qua intensiteit laag is. Alledaagse stress stemt ons weliswaar angstig, maar verhoogt ook onze daadkracht. Het is voor de persoon zelf niet altijd duidelijk welke kleur de stemming op een bepaald moment domineert omdat deze meestal gemengd is. Dus kan het gebeuren dat ergernis als droefheid wordt gebracht of dat men vervelende angsten onderdrukt en ontkent. Ook bestaan er lichamelijke aandoeningen die lijken op of leiden tot angst. Daartoe behoren bloedsuikertekort, schildkier afwijkingen, hartklepproblemen, hartslagzwakte, binnenoorklachten, premenstrueel syndroom of een gebrek aan vitaminen/mineralen of nicotine (bij rokers). Wanneer psychosociale factoren een overheersende rol vervullen, dan houden deze dikwijls verband met de gezinssituatie. Via imitatie kunnen kinderen van hun ouders leren overbezorgd te zijn. Ook kunnen kinderen opgroeien in onveilige omstandigheden: hun ouders laten ze in de steek of kunnen hen zelfs mishandelen. Angstige kinderen en later angstige volwassenen zijn dan het resultaat.

4. Abnormale angst

4.1 Angst als stoornis

Van oorsprong normale angsten vormen de basis voor abnormale angsten of DSM angststoornissen. We hebben het dan over angsten die zich onontkoombaar direct na de geboorte aan ons voordoen, namelijk angst voor pijn en bedreiging van het leven: ziekte, veroudering en dood. Ofschoon de laatste drie soorten angst welhaast de kern van alle angst moet zijn, kampen velen met de angst voor onbestemde en niet te beheersen zaken zoals de toekomst. Indien we angst hebben voor iets bepaalds, dan spreken we van vrees.

Vrees is angstgevoel voor iets dat we kunnen omschrijven, zoals bij voorbeeld een dierbare te verliezen, veroordeeld te worden, voor schut te staan of zelfs voor ons zelf. Gaat de vrees gepaard met vermijdingsgedrag, dan is er sprake van een *fobie*. Zo kan men fobisch zijn voor hoogten of enge ruimten zoals een lift of een toilet. Dergelijke angsten, vrezes of fobieën zijn weliswaar abnormaal, maar men hoeft er bij een geslaagde vermijding nog niet onder te lijden. Pas als de angst overspoelt en dusdanig kwellend en ernstig is dat men eronder lijdt, zich niet meer in de hand heeft en het dagelijkse functioneren erdoor belemmerd raakt, kan van een stoornis worden gesproken. Voor dit soort buiten proportionele angsten heeft het DSM eenheden omschreven. Zoals gesteld, de meest intense angst heet paniek en deze gaat gepaard met irrationele denkbeelden.

4.2 Cirkels van angst

Veelal wordt men bang de controle over boosheid, verdriet, angst en zichzelf te verliezen; iets aan het hoofd of het lichaam te mankeren, gek te worden of plots aan een hartaanval te overlijden. Allerlei andere angstopwekkende cognities, redeneringen, beelden, opvattingen en ideeën kunnen na verloop van tijd gekoesterd worden welke leiden tot een angstige levenshouding. Men verkeert dan in *viciëuze cirkels*; de ene angst roept de volgende angst op. De verwachting wat er in de toekomst kan gebeuren (via allerlei irrationele angstopwekkende denkbeelden) houdt de stoornis in stand. Terwijl het vluchten uit en het vermijden van de angstsituaties op korte termijn en kortstondig belonend werkt omdat opluchting wordt ervaren, leiden deze reactiewijzen op de lange termijn niet zelden tot sociale isolatie. Heeft men eenmaal geleerd behendig met de stoornis om te gaan, dan kan het gebeuren dat men er een nieuw doch scheef evenwicht in vindt. Men kan ermee door het leven gaan en tegenstrijdig genoeg kan het moeilijk worden om afscheid van een levenswijze met de angststoornis te nemen. Het moge duidelijk zijn dat de chronische stress die deze manier van leven met zich meebrengt op de lange duur niet bevorderlijk is voor de lichamelijke gezondheid. Cognitieve gedragstherapie dient dan te worden gecombineerd met antidepressiva.

4.3 Stoornissen door angst

De DSM angststoornissen zijn klachten van angst die in angst hun grondslag vinden. Er zijn andere stoornissen die ook veelal angst ten grondslag hebben, maar zich presenteren als wat in DSM termen heet: *Somatoforme, Dissociatieve, Eet-, Slaap- en Aanpassings-Stoornissen*. Categorieën zijn indelingen die onvolmaakt zijn; de meeste patiënten hebben dan ook niet altijd klachten die perfect voldoen aan DSM criteria. Zo valt onder de Somatoforme Stoornissen (lichamelijk in uitingvorm) de pijnstoornis en bijbehorende vrees, de vrees voor een misvormd lichaamsdeel (neus, haar, buik, etc.) of de Hypochondrie (ingebeelde ziekte). De laatste beschouwt men recentelijk als een dwangmatige vorm van angststoornis. Een Dissociatieve Stoornis is bij voorbeeld een Depersonalisatie Stoornis (gevoel los van zichzelf te staan). Heftige emoties zoals bij kindermishandeling of andere gruwelijkheden worden zodoende afgesplitst ter bescherming van de individuele integriteit. Gevolg is wel dat men zich buiten zichzelf geplaatst voelt en ‘verdoofd’ leeft alsof men in een droom buiten de realiteit staat. Ook bestaat de Dissociatieve Identiteits-Stoornis, een overlevingsstrategie om met wrede herinneringen om te gaan, welke de persoonlijkheid doet uiteenvallen in meer dan één ‘ik’. Dissociatie is op zich een normaal en veel gebruikt afweermechanisme.

5. De context van angststoornissen

5.1 Het vijfasstelsel

Angststoornissen komen globaal twee maal zoveel bij vrouwen als bij mannen voor. Geslachtsverschillen, culturele en andere sociale factoren evenals het tijdsgewricht bepalen deels wat als een stoornis wordt gezien. Zo was homosexualiteit in de jaren vijftig een psychiatrische stoornis, maar thans niet meer. Het DSM gebruik zelf is aan veranderingen onderhevig, in elk geval als het gaat om relatief meer psychologisch bepaalde stoornissen. Het concrete bestaan van deze eenheden als 'ziekte' wordt niet meer als vaststaand beschouwd; de classificaties dienen primair een communicatief doel. Om flexibel met sociaal-culturele betrekkelijkheden om te gaan, hanteert het DSM een 5-assig stelsel. *As I* is bestemd om de stoornis op te plaatsen; hier kan meer dan één stoornis staan. *As II* is om de persoonlijkheidsstoornis en andere psychologische aspecten van de patiënt op te plaatsen. Het betreft begaafdheidsniveau, overige karakterkenmerken en afweermechanismen die bijdragen tot de stoornis. *As III* heeft betrekking op de algemene medische condities van belang om de stoornis te begrijpen en te hanteren. *As IV* biedt ruimte om de psychosociale stressfactoren te benoemen die gelegen kan zijn in de gezinssituatie, in de werk- of studiesfeer, enz. Tot slot *As V* waar men op twee schalen van 100 de ernst van de klacht en het niveau van disfunctioneren kan schatten.

5.2 Dimensies van persoonlijkheid

As II is van bijzonder groot belang als oorzakelijke en instandhoudende factor van de angststoornis. Op *As II* kunnen zowel de DSM persoonlijkheidsstoornissen als de niet per se als stoornis aan te merken persoonlijkheidskenmerken of -trekken worden genoteerd. Aanleg bepaalt gewoontegetrouwe innerlijke tendenties en gedragsuitingen. Na een eeuw psychologisch onderzoek bestaat overeenstemming dat er vijf persoonlijkheidsdimensies bestaan. Deze 'Big Five' zijn: (1) *Extraversie – Introversie*: De neiging zich spontaan te uiten in sociale situaties, spraakzaam, naar buiten tredend versus teruggetrokken, sociaal geremd, zwijgzaam en naar binnen gekeerd. (2) *Zachtheid – Hardheid*: De neiging zich vriendelijk, zachtvaardig, aangenaam en behulpzaam op te stellen versus een eisende, lichtgeraakte, harde houding aan te nemen. (3) *Beheersing – Impulsiviteit*: De neiging zorgvuldig, volhoudend, ordelijk, gedisciplineerd, verantwoordelijk, doelgericht te zijn versus onzorgvuldig, ongeordend, ongeorganiseerd, ongebreideld, nonchalant, lichtzinnig te zijn. (4) *Stabiliteit – Labiliteit*: De neiging tot emotionele evenwichtigheid (kalm, vol zelfvertrouwen, onverstoortbaar) versus onevenwichtigheid (nervus, angstig, jachtig). (5) *Openheid – Geslotenheid*: De neiging autonoom en progressief (open voor nieuwe ideeën, creativiteit, groei) versus conservatief te zijn (behoudend, nuchter, bekrompen).

5.3. Gestoordheid van persoonlijkheid

De persoonlijkheidsstoornissen zijn cultureel en tijdgebonden. In de 40er jaren van de vorige eeuw stonden biologische factoren centraal (men wordt zo geboren). In de 60er jaren ging de interesse uit naar opvoeding en samenleving (deze kregen de schuld). In de 80er jaren lag de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid (ouders en maatschappij hebben geen schuld). Thans zoekt men naar de genetische oorsprong ervan. Met de hoop dat het aan de genen ligt, is men weer terug bij het idee dat het een kwestie van aanleg is.

Het streven is een integrale theorie te ontwikkelen met aandacht voor de wisselwerking tussen wat aangeboren is (*nature*) en wat aangeleerd is (*nurture*). Voorlopig moeten we het doen met de DSM indeling die 10 stoornissen onderscheidt, ondergebracht in drie clusters van (A) *excentrieke*, (B) *dramatische* en (C) *angstige typen*, die alle in de vroege volwassenheid beginnen en zich kenmerken door diepgaande patronen in denken, doen en voelen. Het moge duidelijk zijn dat een persoonlijkheidsstoornis een combinatie is van extreme tendenties in een samenspel van biologische en psychosociale factoren, welke per individu verschilt. Vanwege blinde vlekken is het dikwijls moeilijk de eigen 'aard van het beestje' op eigen houtje te onderkennen, laat staan te weten wat eraan te doen. Veranderen van persoonlijkheid blijft veelal beperkt tot de ruwe kantjes bijschaven.

6. Persoonlijkheidsstoornissen

6.1 De excentrieke cluster

Deze categorie betreft stoornissen in het denken en het contact gekenmerkt door een 'vreemdheid' en een veilige afstand. Er zijn drie subtypen: (1) De *paranoïde persoonlijkheid* met als belangrijkste neiging andermans doen en laten te interpreteren als opzettelijk vernederend. Men vertrouwt niemand en verwacht steeds benadeeld te worden. Het wantrouwen strekt zich zelfs uit tot intimi. Kenmerkende termen zijn: achterdocht, wrok, onvergevingsgezind, hem/haar treft geen blaam, de ander is bedreigend. (2) De *schizoïde persoonlijkheid* vertoont een patroon van onverschilligheid in sociale relaties en een beperkte variatie in emotionaliteit en uitdrukkingwijzen. Men is een contactarme eenling, die niet verlangt naar intieme relaties. Over het algemeen is men emotioneel vlak, een 'Eigenheimer' zonder gebleken behoefte aan interpersoonlijk contact en een 'gespletenheid' ten aanzien van de buitenwereld. (3) De *schizotypische persoonlijkheid* kenmerkt zich door een zichtbaar patroon van eigenaardigheden in denken en doen. Zulk een persoon komt vreemd, eigenaardig en bizar - kortom 'schizotypisch' - over. Het spreken is eigenaardig, losse associaties die moeilijk te volgen zijn en wijdlopiegheid, met als gevolg oppervlakkige contacten. Opvallend aanwezig zijn: betrekkingsideeën (geen wanen), bijgelovigheid, magisch denken, e.d.

6.2 De grillige cluster

Deze categorie verwijst naar dramatiek en impulsiviteit. Moeilijkheden komen altijd door externe factoren. Contacten zijn onevenwichtig. Er zijn vier subtypen. (4) De *antisociale persoonlijkheid* (ook: psychopaat/sociopaat) gedraagt zich onverantwoordelijk. Het geweten is gebrekkig en men heeft geen last van schuld. Primair staat het eigen gewin door te liegen, stelen, bedreigen, manipuleren; tevens vandalisme, wreedheid en als kind van huis weglopen. (5) De *borderline persoonlijkheid* is instabiel. De schommelende stemmingen variëren van gedeprimeerdheid tot angst en woede. Emotionele uitbarstingen van agressie en automutilatie komen voor, ook zelfmoordneigingen. Door innerlijke leegte kan men moeilijk alleen zijn, maar partners worden toch gemakkelijk ingewisseld. Vulling zoekt men in verslaving (alcohol/drugs/gokken). (6) De *theatrale persoonlijkheid* is egocentrisch, overdreven emotioneel en aandachtbehoefstig. Graag in het voetlicht, zoekt men bevestiging en lof. Overige trekken: overdreven, onecht, geobsedeerd door aantrekkelijkheid, dramatisch, uitdagend, snel kwaad en oppervlakkig. (7) De *narcistische persoonlijkheid* voelt zich groot. Verwacht bewondering zonder te presteren.

Er is een gebrek aan inlevingsvermogen en men is gauw gekrenkt. De omgangswijze is dikwijls exploiterend, afgunstig en hooghartig.

6.3 De angstige cluster

Deze categorie drijft op een vreesachtige grondstemming. Bang en onzeker twijfelt men bij beslissingen. Een overmaat aan controle wordt in het leven gebracht. Er bestaan drie subtypen. (8) De *ontwijkende persoonlijkheid* is geremd/verlegen in gezelschap. Men denkt tekort te schieten en is overgevoelig voor andermans oordeel. Risico's neemt men niet. De vrees voor afwijzing weerhoudt leven/werken in betrokkenheid. Men is gereserveerd, tenzij er zekerheid is aardig gevonden te worden. Het zelfbeeld is onaantrekkelijk en minderwaardig. (9) De *afhankelijke persoonlijkheid* is 'verzorgingsbehoefstig'. Bang in de steek gelaten te worden, is er sprake van passief, onderdanig en vastklampend gedrag. Vanwege weinig zelfvertrouwen heeft men overdreven geruststelling nodig bij alledaagse beslissingen. Uit vrees alleen te zijn, is men sterk gericht op anderen. (10) De *dwangmatige persoonlijkheid* is perfectionistisch, ordelijk en controlerend in de omgang met zichzelf en anderen. Dit gaat ten koste van soepelheid, openheid en ontspanning. Details, regels, lijsten en andere eisen gaan voor alles. Oude spullen kan men niet weg gooien. Werk gaat boven vriendschap. Samen werken gaat niet tenzij de ander zich aan de dwang onderwerpt. Pietje Precies is star, gewetensvol, koppig, gierig en vasthoudend.

7. Angst en afweermechanismen

7.1 Persoonlijkheid en afweer

Een persoonlijkheidstoornis kan men ook bezien als een amalgaam van 'Big Five' factoren. (B.v. is de schizoïde persoonlijkheid een combinatie van introversie en stabiliteit, de obsessieve-compulsieve persoonlijkheid een combinatie van beheersing en labiliteit, de afhankelijke persoonlijkheid een combinatie van zachtheid en labiliteit, enz.) Persoonlijke- en angststoornissen worden in belangrijke mate in stand gehouden door (onbewuste) afweer/defensies die logischerwijze op As II thuis horen. *Defensieve reacties zijn psychische drempels die men zichzelf opwerpt om emotionele pijn niet te hoeven ervaren. Ofschoon op te vatten als niet bewuste processen, zijn ze observeerbare vermijdingsreacties.* Mensen zijn in staat tot het op allerlei manieren onderdrukken van angst waarbij ze zichzelf dikwijls om de tuin leiden, maar wel van het effect genieten negatieve emoties zoals angst niet te hoeven beleven. Dit kan indien in extreme mate toegepast averechts werken en andere psychische klachten oproepen. Hierboven is een voorbeeld gegeven van dissociatie die in depersonalisatie of een meervoudige persoonlijkheid kan resulteren. Iedereen maakt gebruik van defensies om zich aan te passen aan zijn/haar hoogste nivo van functioneren. Met mate toegepast dient afweer ter bescherming van het zelf en voor een zo goed mogelijke welzijn.⁴

7.2 Defensiemechanismen

Of het lukt zich ermee aan de sociale omgeving aan te passen en een innerlijke balans te verkrijgen, hangt vaak af of men directe bevrediging kan uitstellen. *Het DSM*

⁴ Shevrin, H. & Dickman, S. (1980). The psychological unconscious: A necessary assumption for all psychological theory? *American Psychologist*, 35, 421-434.

onderscheidt 31 soorten defensieve functies op een schaal die de mate van aanpassing aangeeft bij het omgaan met stress afkomstig van buiten of van binnen. (1) Hoog nivo van optimale aanpassing aan stress (b.v. humor). (2) Nivo van het compromis waarbij bedreigende gedachten en gevoelens buiten het bewustzijn worden gehouden (b.v. intellectualisatie). (3) Licht nivo van vervormde beeldvorming (licht) waarbij vervormingen in de beeldvorming van het zelf / het lichaam of van anderen om de zelfacceptatie/zelfwaarde te reguleren (b.v. compensatie). (4) Nivo van verloochening waarbij stressoren van buiten en innerlijke belevingen alsook verantwoordelijkheden worden uitgebannen (b.v. ontkenning of projectie). (5) Zwaar nivo van vervormde beeldvorming waarbij er een grove verandering en verkeerde toeschrijving plaats vindt in het zelfbeeld of in het beeld van anderen (b.v. splitsing in extremen). (6) Actie-nivo waarbij de afweer bij het ervaren van stress tot uiting komt in activiteit of juist passiviteit (b.v. ‘acting out’ of passief agressief gedrag). (7) Nivo van defensieve disregulatie gekenmerkt door een falen van alle andere afweer en een psychotische doorbraak.

7.3 Afweren van angst

De meest voorkomende stress afweermechanismen zijn: (1) *Verdringing*: automatisch verbannen van onaanvaardbare impulsen/ideeën/gevoelens. (2) *Regressie*: onbewust terugvallen naar een vroeger aanpassingsniveau (b.v. duim zuigen). (3) *Fixatie*: blijven steken op een onvolwassen ontwikkelingsniveau (b.v. bij trauma). (4) *Identificatie*: zich vereenzelvigen met het wenselijke (b.v. overdracht – gevoelens voor een ander richten op therapeut). (5) *Projectie*: eigen gevoelens/gedachten aanzien voor die van een ander (b.v. iemand haten en het omgekeerde denken). (6) *Rationalisatie*: een verkeerde daad goed praten (b.v. een opvoedkundige klap). (7) *Intellectualisatie*: gevoelens verstandelijk wegzetten (b.v. de dood bestuderen i.p.v. rouwen). (8) *Compensatie*: minderwaardigheid aanvullen (b.v. pochen veel te weten bij gebrek aan scholing). (9) *Overdekken met het tegendeel* (b.v. iemand mogen die men eigenlijk haat). (10) *Sublimatie*: iets onacceptabels omzetten in iets acceptabels (b.v. racisme in liefdadigheid). (11) *Verschuiving*: ongeuite emoties richten op een ander (b.v. woede op baas richten op vrouw). (12) *Afsplitsing*: niet in staat tegenstrijdige gevoelens te tolereren (b.v. of liefde of haat). (13) *Projectieve identificatie*: eigen negativiteit niet accepteren en deze vereenzelvigen als zijnde die van de ander. Afweer kan men bij zichzelf observeren via open aandachtigheid / mindfulness.

8. Angststoornissen

8.1 Angst – ziekte of aangeleerd?

Over het algemeen is men van angststoornissen niet op de hoogte. Men onderkent ze niet of lijdt er niet zo onder dat hulp nodig is. Door gebrek aan voorlichting schamen velen zich ervoor en men raakt op den duur geïsoleerd. Een angststoornis wordt beschouwd als een ziekte, maar omdat angst op zichzelf geen ziekte is, kan men zich afvragen of ziekte een juiste term is. Wel kunnen de gevolgen van angst als deze tot een stoornis verwordt even ernstig zijn als die van een ziekte. Niet alleen is men tot weinig meer in staat, maar behandeling met psychotherapie (cognitieve gedragstherapie) en farmacotherapie (antidepressiva) bieden soelaas. Een ‘*ziektemodel*’ dat diagnostiek en behandeling inhoudt, is – ook al is een angststoornis voor een belangrijk deel aangeleerd – daarom van toepassing. In cognitieve gedragstherapie wordt een ‘*leermodel*’ gehanteerd welke

inhoudt dat angststoornissen tot stand komen door een leerproces. Beide modellen zijn praktisch bruikbaar en hebben betrekking op onderscheidbare gebieden van functioneren. Als ziekte worden de angststoornissen statistisch bijgehouden. Deze zijn gebaseerd op gegevens van mensen die deze hebben geuit en welke als zodanig werden geregistreerd. Buiten beschouwing vallen de niet herkende en verborgen angststoornissen. De werkelijke aantallen liggen waarschijnlijk hoger dan die welke bekend zijn.

8.2 Varianten van Angststoornissen

Naar schatting heeft 20% van de mensen in de westerse wereld ooit in hun leven een angststoornis. Kijken we naar het vóórkomen op jaarbasis, dan doen deze zich bij ca. 10% van de algemene bevolking voor; twee maal zoveel meer bij vrouwen dan mannen. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid schat dat in 2000 ruim 1,3 miljoen Nederlanders (8 tot 9%) een angststoornis heeft (paniekstoornissen en fobieën tot 13%). Hiervan hebben ca. 500.000 mensen langdurig een angststoornis en ca. 150.000 mensen kunnen daardoor geen normaal leven leiden. Wat wordt onder een angststoornis verstaan? Het is duidelijk dat deze zich op verschillende manieren kan uiten. In dit Angstboekje komen aan de orde: (1) *Paniekstoornis met of zonder agorafobie (pleinvrees)*, (2) *Sociale Fobie*, (3) *Enkelvoudige Fobie*, (4) *Dwangstoornis*, (5) *Algemene Angststoornis*, (6) *Post Traumatische Stress Stoornis*, (7) *Andere Angststoornissen* en (8) *Hypochondrie*. De laatste wordt in de DSM niet tot de angststoornissen wordt gerekend, maar vanwege de overheersende rol van angst zou die daar wel toe dienen te behoren. Een aantal DSM angststoornissen komen doordat ze niet vaak voorkomen hier niet aan de orde. Deze zijn: de Agorafobie zonder paniek, Angststoornis ten gevolge van een algemene medische conditie en Angststoornis ten gevolge van middelengebruik.

8.3 Paniek, geen paniek

De meest intense angstvorm is paniek (tot 5% in de bevolking); deze is dan ook de ergste angst die men kan ervaren. Om van paniek te mogen spreken dienen *vier of meer van de volgende klachten plots te ontstaan en binnen tien minuten een piek te bereiken*:

- (1) Hartkloppingen, bonzend hart of een versnelde hartactie
- (2) Transpireren (zweet breekt uit, klamme handen)
- (3) Trillen of beven (met de handen of ledematen)
- (4) Gevoel van ademnood of verstikking (benauwdheid of brok in de keel)
- (5) Naar adem snakken (kortademigheid en hyperventileren)
- (6) Pijn of onaangenaam gevoel op de borst (beklemming)
- (7) Misselijkheid of buikklachten (plotse diarree)
- (8) Gevoel van duizeligheid, onvastheid (in benen), licht in het hoofd of flauwte
- (9) Gevoel van onwerkelijkheid (derealisatie) of los van zichzelf te staan
- (10) Angst de zelfbeheersing/zelfcontrole te verliezen of gek te worden
- (11) Angst dood te gaan (door iets te krijgen: hartinfarct, hersenbloeding, kanker)
- (12) Verdoofde of tintelende sensaties (zoals in lippen of handen)
- (13) Opvliegers, warme of koude rillingen

HOOFDSTUK II: De Angststoornissen ⁵

1. Paniekstoornis met of zonder agorafobie

1.1 Paniekstoornissen

Bij *Paniekstoornis zonder Agorafobie*, is er sprake van terugkerende, plotse en niet aan een situatie gebonden aanvallen. Men is minstens een maand voortdurend bezorgd voor een volgende aanval. Er is dan sprake van een anticipatie- of verwachtingsangst, die leidt tot een constant angstig zijn. Ook kan men bezorgd zijn voor de verwickelingen of gevolgen van de plotse aanvallen, zoals de controle over zichzelf kwijt te raken. Of kan men gedragsveranderingen melden welke daarmee verband houden, zoals het vermijden van bepaalde situaties waarin de aanval eens voorkwam. Terwijl de paniekstoornis twee maal zoveel bij vrouwen als bij mannen voorkomt, komt de *Paniekstoornis met Agorafobie* drie tot vier keer meer bij vrouwen dan bij mannen voor en bij 50 tot 60% van hulpzoekenden met een angststoornis. Men heeft last van terugkerende, plotse, aan situaties gebonden paniekaanvallen en is na een aanval minstens een maand bezorgd, ongerust of vertoont ermee samenhangende gedragsveranderingen. Treedt vermijdingsgedrag sterk naar voren dan is er dikwijls sprake van agorafobie welke het woordenboek aanduidt als pleinvrees, straatvrees of ruimtevrees. Meestal is men niet bang voor een (markt)plein op zich, maar voor de menigte waaruit niet snel te vluchten valt. De angst kan zich dan uitbreiden naar de straat of naar andere ‘opgesloten’ situaties.

1.2 Agorafobie

Agorafobie is de angst om ergens (meestal publieke gelegenheden) te zijn waar het moeilijk of beschamend is uit te ontsnappen of waar indien nodig geen hulp voorhanden is. Dikwijls begint het in situaties van engtevrees (claustrofobie), zoals in een winkel, lange rij, wachtkamer, restaurant, bioscoop, tunnel of file. Ook vreest men de snelweg en te reizen met eigen of per openbaar vervoer. Op den duur durft men niet meer van huis weg te gaan of alleen naar buiten of de straat op te gaan. De persoon vermijdt deze situaties, doorstaat ze paniekerig of zorgt ervoor dat er begeleiding aanwezig is. Immers, de angst is om juist op die plaatsen een aanval te krijgen en dan niet weg te kunnen of geen hulp te kunnen krijgen. Men durft nergens meer alleen naar toe te gaan. Is er een ander bij dan voelt men minder of geen angst, waardoor agorafobie ook wel een ‘afhankelijkheidsziekte’ wordt genoemd (een staat van doorgeschoten afhankelijke persoonlijkheidsstoornis). Het vermijden komt in een spiraal terecht en uiteindelijk raakt de levensvrijheid beperkt: het werk, de thuissituatie en de relaties lijden eronder. Men wordt niet begrepen, staat er steeds meer alleen voor en raakt geïsoleerd. De stemming wordt somber, lusteloos en depressief. Mensen met een paniekstoornis hebben vaker last van een depressie dan mensen zonder een paniekstoornis.⁶

1.3 Hyperventilatie

Vermeldenswaard is het recent wetenschappelijke inzicht dat hyperventilatie als een bijverschijnsel van paniek beschouwt. Hyperventileren is te snel en/of te diep ademen

⁵ < www.rivm.nl/vtv/object_document/o1701n17538.html > < www.trimbos.nl/default15.html >

⁶ Kwee, M.G.T. (1984). *Klinische Multimodale Gedragstherapie bij Ernstige Fobieën en Dwangneurosen*. Lisse: Swets.

waardoor allerlei op paniek lijkende sensaties optreden. Als met daarbij denkt door benauwdheid te zullen stikken kan echte paniek optreden. Ofschoon logisch om dat te denken is dit een irrationele (niet op de waarneming gebaseerde) gedachte. Niet iedere paniekpatiënt hyperventileert. Bij het hyperventileren zou er in het lichaam een tekort aan koolzuur (CO₂) ontstaan (vanwege het inademen van teveel zuurstof). Vandaar het advies om in een plastic zakje te ademen om zo koolzuur binnen te krijgen. Na 20 jaar wetenschappelijk onderzoek heeft men echter vastgesteld dat mensen met een paniekstoornis niet een tekort aan, maar een overgevoeligheid voor CO₂ hebben. Dit heeft men kunnen aantonen door de CO₂ inhalatietest. Indien onderzoekers mensen met een paniekstoornis met extra CO₂ toegevoegde kamerlucht laat inademen, treden niet lang erna panieklachten op. Mogelijk bevatten de hersenen een antenne die alarmeert bij stijging van het CO₂ gehalte in bloed. Het alarm zou dan zorgen voor het hyperventileren. Dit betekent dat het plastic zakje juist een aanval uitlokt en dus een slecht advies is, want bij het ademen in een zakje stijgt het CO₂ gehalte in het bloed.⁷

2. Sociale Fobie

2.1 Mensenvrees

De sociale fobie of sociale angststoornis komt bij ca.3% van de bevolking voor; evenveel bij mannen als bij vrouwen. Het gaat om een aanhoudende, vaak hardnekkige en hevige angst voor situaties waarin men sociaal moet functioneren of presteren en verwacht kritisch beoordeeld te worden of zich belachelijk te maken. Men denkt schaamte of vernedering te zullen ervaren doordat mensen opmerken dat men bloost, trilt, stottert, verkrampt of angstig is. Het is dan overmatig beangstigend om iets in het openbaar te zeggen of zich zelfs in een gezelschap te vertonen zoals op een receptie. De situaties kunnen variëren en zich uitbreiden naar situaties waar men onbekend is zoals eten in een restaurant, drinken op een terras, schrijven voor een loket, urineren in een openbaar toilet, enz. Ondanks een bewust zijn dat de angst overdreven en onredelijk is, vermijdt men dergelijke sociale situaties of men doorstaat ze met intense angst. Men past allerlei strategieën, smoesjes en uitvluchten toe om zich niet te hoeven begeven in de angstuitlokkende situaties. Blootstelling aan de sociale angstsituaties kan een paniekaanval tot gevolg hebben. Het dagelijks functioneren raakt daardoor verstoord. Er is ook sprake van verwachtingsangst en al met al is er een duidelijk lijden als gevolg van de fobie. Sommige mensen met een sociale fobie drinken dikwijls alcohol of gebruiken kalmerende middelen om bepaalde situaties te trotseren.

2.1 Projectie als defensie

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen sociale angst voor verscheidene situaties (wat meestal het geval is) en sociale angst voor één specifieke situatie (b.v. podiumvrees). Veel voorkomend is de trilvrees (beefangst); men is bang te beven zoals bij het drinken of het eten van soep. Bloosvrees komt ook veel voor; iedereen bloost wel eens, maar sommigen kunnen er ernstig onder lijden door te denken dan ‘doorzichtig’ te zijn. Voorts, angst om te zweten of in de broek te doen; mensen kunnen denken dat men abnormaal, zwak, onzeker en bovenal angstig is bij het zien van gezweet of een vermoeden dat men

⁷ H. Hornsveld, H. (1996). Farewell to the Hyperventilation Syndrome, Proefschrift Universiteit van Amsterdam.

het in de broek heeft gedaan. In de kern is men bang bekeken te worden en in andermans ogen de verkeerde dingen te doen. Daardoor krijgt men het idee dat anderen zullen denken dat men abnormaal, zwak of onzeker is dan wel iets mankeert. Het is duidelijk dat men hierbij denkt voor een ander zonder er zich van bewust te zijn dat men zelf degene is die deze negatieve gedachten over zichzelf koestert. De angst is zo sterk dat men denkt dat het gevaar van buiten komt en de mogelijkheid dat men deze zelf oproept afweert. Men is er moeilijk van te overtuigen zelf degene te zijn die op de eigen vermeende zwakheden let en dat anderen er wellicht niet in geïnteresseerd zijn. Dit defensiemechanisme was eerder besproken en heet projectie.

2.3 Negatief zelfbeeld

De meeste mensen met een sociale fobie/angst hebben een negatief zelfbeeld en waarden zichzelf niet. Daarom voelen ze zich minderwaardig en angstig als ze in de spiegel kijken (lees: zich zelf in de ogen van een ander zien). Men wijst zich zelf af en is ver verwijderd van onvoorwaardelijke zelfacceptatie. Altijd mankeert er iets aan zich zelf. Daarbij hebben zij vaak een verhoogd zelfbewustzijn. Dit is een overmatige bewustzijn van zichzelf in sociale situaties waardoor zij weinig aandacht hebben voor anderen en het sociale handelen. Dit voedt negatieve sociale gevoelens van afgang, schaamte en verlegenheid, die op hun beurt leiden tot negatieve zelfevaluaties. Zich bovenmatig verantwoordelijk voelend schrijven zij de uitkomst van sociale gebeurtenissen aan zich zelf toe wat het sociaal handelen geen goed doet. Uit angst voor verwachte mislukkingen vermijdt men sociale situaties en die sociale gedragingen welke corrigerende informatierugkoppeling zouden kunnen bieden. Het hoge angstniveau stoort een adequaat functioneren en leidt tot geremd sociaal gedrag. Dit heeft tot gevolg dat men zichzelf verder negatief evalueert; daarbij zullen anderen niet geneigd zijn positief te reageren. Men zit zo gevangen in vicieuze cirkels. Een *ontwijkende persoonlijkheid* kan hieraan ten grondslag liggen en er een complex ondoorzichtig geheel van maken.

3. Enkelvoudige Fobie

3.1 Specifieke fobieën

Een enkelvoudige of specifieke fobie komt in ca.9% van de bevolking voor. Hier is sprake van indien de aanhoudende angst overdreven of irrationeel is en wordt uitgelokt door de aanwezigheid of verwachting van een enkelvoudig voorwerp of specifieke situatie. Blootstelling aan het gevreesde brengt zonder uitzondering een directe doch onterechte angst voort en wordt dan ook vermeden of doorstaan met angst. De vermijding belemmert in belangrijke mate het dagelijks functioneren. De vreesen zijn te onderscheiden in: het diertype (b.v. honden, spinnen, insecten), natuurtype (b.v. hoogte, diepte, water), bloed-injectie-verwondingstype (b.v. lijk, tandarts, operatie) en situationele type (b.v. vliegen, tunnels, ravijnen). Dierfobieën komen veel voor bij vrouwen. Andere specifieke vreesen die kunnen voorkomen zijn de vrees voor AIDS, armoede, asbest, bacteriën, bliksem, boosheid, braken, daglicht, demonen, dromen, duisternis, eenzaamheid, falen, geesten, geheugenverlies, gekte, geluiden, geuren, haren, hersenaandoening, HIV, kanker, katten, leegte, muizen, onweer, pijn, ruimten (eng/weids), scherpe voorwerpen, slangen, slapen, slikken, stof, storm, straf, stront,

terroristen, urine, vissen, vogels, vuil(nis), wespen, wind. De term xenofobie (angst voor vreemdelingen) is de laatste tijd in de belangstelling.

3.2 Grote gevolgen

Alle eerder genoemde en te noemen angststoornissen kunnen zich als een enkelvoudige fobie aandienen. Zo kan de agorafobie voorkomen als een specifieke fobie, ofschoon dit zelden het geval is. Van belang is dat bij confrontatie met wat beangstigend is het lichaam in een verhoogde staat van spanning/alertheid geraakt. Hartslag en bloeddruk stijgen. Vermeldenswaard is dat bij een bloedfobie een andere reactie van het lichaam dan gebruikelijk in angstige situaties te zien is. Normaal gaat dan namelijk de bloeddruk omhoog en gaat het hart sneller kloppen. Bij mensen met een bloedfobie gaan hartslag en bloeddruk dalen en flauw vallen kan het gevolg zijn. In de praktijk leidt een enkelvoudige fobie meestal niet tot grote beperkingen omdat de angstige situaties betrekkelijk eenvoudig te vermijden zijn. Als dat niet lukt, kunnen er wel grote beperkingen of problemen ontstaan. Bij voorbeeld kunnen problemen voorkomen op het werk bij vliegangst, als de werkgever verwacht dat men regelmatig per vliegtuig dient te reizen. Diezelfde vliegangst is een veel kleiner probleem als men voor het werk niet hoeft te reizen. Een angst voor kleine insecten kan ook verlamdend werken, indien men in een tropisch land moet gaan werken. Een vrees voor bliksem/onweer kan iemand die ermee behept is tijdens het orkaanseizoen in het zuiden van de VS het leven sterk bemoeilijken.

3.3 De kleine Albert

Een specifieke fobie biedt bij uitstek het voorbeeld hoe angst aangeleerd wordt. Psychologisch technisch heet het aanleren van denken, doen of voelen zoals bij voorbeeld angst conditioneren. Een negatieve conditie of voorwaardelijke prikkel gaat enkele malen vooraf aan het specifieke voorwerp waarna vrees ervoor wordt ontwikkeld. Er heeft dan leren plaats gevonden. Cognitieve gedragstherapeuten baseren zich op een klassiek experiment uit 1920 met Albert, een 10 maandskindje, dat aanvankelijk geen vrees voor dieren of voorwerpen vertoonde. Er werd hem een fobische angst bijgebracht door een hard geluid te maken telkens als hij een witte rat aanraakte. Deze vreesreactie beperkte zich niet tot de ratten, maar veralgemeniseerde naar een konijn, een hond en een bontjas. Door het koppelen van vreesopwekkende prikkels zoals harde geluiden met het specifieke voorwerp wordt angst aangeleerd. In het dagelijkse leven kan een kind onbevangen naar een ziekenhuis gaan totdat het in afwezigheid van de ouders allerlei pijnlijke ingrepen ondergaat en het een fobische angst voor ziekenhuizen ontwikkelt. Vele dagelijkse vreesen komen op een dergelijke wijze tot stand. Denk maar eens aan het eten van bedorven oesters en het hebben van een vrees om oesters te eten en het zelfs al misselijk kunnen worden bij de gedachte eraan.⁸

4. Dwangstoornis (OCS)

4.1 Obsessies en compulsies

Ook wel *Obsessieve-Compulsieve Stoornis* (OCS) genoemd, komt deze tot in ca.2% van de bevolking voor (evenveel bij vrouwen en mannen). Het verborgen leed komt echter

⁸ Kwee, M.G.T. & Taams, M.K. (Red.).(1994). *Klinische Gedragstherapie in Nederland en Vlaanderen*. Delft: Eburon.

mogelijk meer voor. De naam komt van de twee verschijningsvormen: dwanggedachten (*obsessies*) en dwanghandelingen (*compulsies*). Nemen ze meer dan een uur per dag in beslag, dan is er een stoornis, die het alledaags functioneren, sociale activiteiten en relaties verstoren. Er is een bewust zijn dat de verschijnselen overdreven of onterecht zijn. *Obsessies* zijn gedachten, beelden of impulsen, die terugkeren, aanhouden en angst opwekken en die zich als het ware buiten de eigen wil om aan de persoon opdringen. De persoon, die ze als voortkomend uit de eigen geest onderkent, tracht ze te negeren, onderdrukken of neutraliseren met andere gedachten of handelingen. *Compulsies* zijn zich herhalende, schijnbaar zinvolle, stereotype daadwerkelijke handelingen (b.v. handen wassen, controleren, opruimen) of mentaal uitgevoerde handelingen (b.v. tellen, prevelen, bidden) waartoe de persoon zich gedwongen voelt, dikwijls in reactie op een obsessie. Het zich star houden aan zelf opgelegde regels is gericht op het afwenden van een gevreesde gebeurtenis of op het doen afnemen van het lijden. Er bestaat geen realistisch verband tussen de dwang en wat men met magische bezweringen beoogt teniet te doen.⁹

4.2 Reinigen en controleren

Omdat de OCS steeds terugkeert, ondanks dat men ergens weet dat ze geen zin hebben, ze niet als eigen ervaart noch bij zichzelf passend, veroorzaken ze veel angst. De bekende vormen van OCS zijn: *smetvrees-reinigingsdwang* en *twijfelzucht-controledwang*. Daarnaast komen ook pure obsessies voor. *Reinigingsdwang* doet zich voor als men met het wassen van handen of lichaam, poetsen van huis en meubilair, vermijden van aanraking of laten schoonmaken door huisgenoten, beoogt te voorkomen dat men zichzelf of anderen 'besmet'. Bij *controledwang* kan men bij voorbeeld herhaaldelijk afkloppen om een ramp te voorkomen en checken of deuren op slot of apparaten uitgeschakeld staan. Men kan allerlei spullen thuis 'recht' zetten of dingen natellen. Dikwijls verricht men de handelingen volgens zelf bedachte rituelen (b.v. telkens 10 keer iets moeten doen of oneven getallen vermijden). Het telkens dwangmatig om geruststelling vragen hoe iets werd gedaan en of het goed was kan huisgenoten tot wanhoop drijven. *Pure obsessies* gaan dikwijls over angstopwekkende 'verboden' gedachten, bij voorbeeld godslasterlijke gedachten of beelden iemand waar men van houdt iets aan te doen. Mentale rituelen zijn een defensiemechanisme deze te niet te doen. De OCS is te onderscheiden van de *Obsessieve-Compulsieve Persoonlijkheid* die gelijktijdig kan voorkomen.

4.3 OCS en het brein

Recent wetenschappelijk onderzoek doet sterk vermoeden dat de abnormaliteit van OCS te maken heeft met een uit balans zijn van het brein. Met andere woorden het brein dwangt, niet de persoon. De hersenen zenden valse boodschappen uit welke niet betekenisvol zijn. Bij OCS lijkt het erop dat de vloeiende overgangen van doen en denken verstoord zijn geraakt doordat de versnellingsbak (*caudate nucleus*) disfunctioneert. Als gevolg hiervan raakt het voorste gedeelte van het brein overactief om het biochemische evenwicht te herstellen. De wielen draaien op volle toeren, maar de wagen komt niet uit de modderpoel. Daardoor worden geen foutmeldingen afgegeven en men blijft in een bepaalde versnelling steken. Dit voor gelegen gebied (b)lijkt het angstcentrum van het brein (*amygdala*) zonder succes sterk te onderdrukken. De mens heeft 100 miljard hersencellen; elke dag sterven er een aantal af en worden er ook weer

⁹ Bulletin nummers 37 en 38 van de SFVR gaan over nieuwe behandelmethoden voor dwangstoornissen.

nieuwe aangemaakt. Niet alleen verjongen cellen zich, het brein zelf is kneedbaar; het is met andere woorden neuroplastisch. Terwijl metaal zich zelf niet kan repareren, kan een dwanger zich zelf wel leren van versnelling te wisselen door via antidepressiva en cognitieve gedragstherapie de versnellingsbak van het brein te deblokken en de automatische transmissie (de vlotte overgang van gedragingen) weer mogelijk te maken.

5. Gegeneraliseerde Angststoornis

5.1 Algemene en vrij vlotterende angsten

De *Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS)* of *Algemene Angststoornis* komt in tot ca.3% van de bevolking voor, meer bij vrouwen dan bij mannen. Centraal staat een buitensporige en moeilijk te beheersen angst met bange voorgevoelens gedurende zes maanden. In deze periode waren minstens drie van de volgende verschijnselen aanwezig: (1) rusteloosheid, opgewondenheid of irritatie, (2) snel vermoeid zijn, (3) moeite met concentreren of herinneren, (4) prikkelbaarheid, (5) spierspanning of pijn (in nek, rug of armen) en/of (6) slaapstoornis (moeite met in slaap vallen, doorslapen of rusteloos slapen). De angst en overmatige bezorgdheid veroorzaken ernstig lijden of beperkingen in het alledaags functioneren (sociaal, beroepsmatig of op andere belangrijke levensgebieden). Bij een GAS is er sprake van een ‘vrij vlotterende’ angst waarbij men gespannen en nerveus is door getob en gepieker over allerlei vermeende gevaren. Dit dient dikwijls om de bange voorgevoelens op te lossen en te vermijden, maar geruststellende gedachten helpen kort en onderdrukken leidt tot het tegenovergestelde. Men is veel bezig met rampen die in de toekomst kunnen plaats vinden ten koste van leven in het nu. Dit ‘catastroferen’ kan over van alles gaan (b.v. geld, gezondheid of ongelukken) met als gevolg een voortdurende angst, die weer tot ‘ramp denken’ leidt.

5.2 Levenslange aandoening

Voor wie aan een GAS lijdt, staan frequentie, intensiteit en duur van het getob niet in verhouding tot de bron van de zorgen. Chronische nervositeit staat de dagelijkse gang van zaken in de weg. *Meestal is de GAS levenslang in zekere mate aanwezig en een voorloper van een depressie.* Vaak beseft men niet dat de GAS klachten het resultaat zijn van een vicieuze cirkel, gevoed door de oncontroleerbare bezorgdheid over alledaagse zaken en de niet-verkwikkende slaap. Bij voorbeeld kan er een overtuiging zijn dat men zelf (of een ander) aan een ziekte lijdt wat niet zo verwonderlijk is, aangezien angst zich kan uiten in lichamelijke klachten, behalve in de bovengenoemde ook in misselijkheid, diarree, afkoeling, klamme handen, hyperactiviteit, moeite met slikken, schrikachtigheid, zweten, enz. Lichamelijk onderzoek, inclusief bloed- en hartonderzoek, levert meestal niets op en de conclusie is dan ook vaak dat men altijd al een gespannen type is geweest. Men kan ook overmatig bezorgd zijn over een kind dat te laat thuis komt, niet op tijd zijn voor afspraken, prestaties op het werk, e.d. De diagnose is niet eenvoudig, omdat angstverschijnselen ook een teken kunnen zijn van een andere stoornis en aanwezig zijn bij een paniekstoornis, sociale angst, smetvrees, hypochondrie of depressie. Ook een persoonlijkheid uit de angstige cluster kan de basis van een GAS vormen.

5.3 Begeleidende Automatische Nonsens Gedachten

De GAS lijkt zich van de andere angststoornissen te kunnen onderscheiden doordat de leeftijd tot wanneer het optreedt veel hoger kan liggen (tussen de 50 en de 60 jaar). Paniekaanvallen wijken af van de GAS door een sterke intensiteit, korte duur en optreden zonder aanwijsbare aanleiding. De GAS is niet heftig, maar kenmerkt zich bij uitstek door een voortdurende aanwezigheid die verband houdt met bang makende *begeleidende automatische nonsens gedachten*; nonsens betekent niet waarneembaar (het glas is half leeg i.p.v. half vol). Bovendien is er bij GAS geen sprake van een dreiging een paniekaanval te krijgen. Tussen een GAS en depressie bestaat overlap. Belangrijk is het onderscheid dat bij de GAS het autonome zenuwstelsel is geactiveerd, wat in het bijzonder leidt tot zweten en hartkloppingen. Bij depressie komt dat veel minder voor. Daarbij zijn mensen met een GAS dikwijls depressief. De GAS is geen gevolg van de directe fysiologische effecten van een substantie (b.v. drugs of medicijnen) of een somatische aandoening en treedt niet op als onderdeel van een andere stoornis. De GAS heeft een chronisch verloop en wordt veelal pas na ca. 10 jaar vastgesteld. De stoornis wordt door sommige deskundigen als omstreden beschouwd doordat deze als apart omschreven eenheid relatief minder vaak voorkomt.

6. Post Traumatische Stress Stoornis

6.1 De PTSS

Men is ooit blootgesteld aan een trauma, een schokkende ervaring die een (dreigende) dood, ernstig letsel of andere lichamelijke bedreiging van zichzelf of anderen en een reactie van intense angst, hulpeloosheid en afschuw met zich meebrengt. Dit kan oorlog zijn, maar ook andere vormen van geweld (b.v. *een natuurramp, vliegtuigongeluk, terroristische aanslag, kindermishandeling, seksueel misbruik, aanranding, verkrachting, molest, roofoverval met geweld, ervaring met een ernstige verwonding, dodelijk ongeval*). Er is een vermijding van alles wat aan de ervaring doet denken, een afname van betrokkenheid in het leven en in verwachtingen voor de toekomst, een algemene verdoving voor wat er om zich heen gebeurt of niet meer in staat zijn liefde te ervaren. Extreem intense beelden en herinneringen (of juist vergeetachtigheid) over het gebeuren, akelige dromen en herbelevingen dringen zich aan de persoon op. Bij associaties ermee reageert men in sterke mate lijfelijk. Er zijn langdurige symptomen van toegenomen spanning en opwinding, zoals overmatige waakzaamheid, schrikreacties, prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen, moeite met concentreren en slapen. De persoon lijdt aanzienlijk of is beperkt in het dagelijks functioneren (sociaal, beroepsmatig of op andere belangrijke gebieden). De klachten doen zich langer dan een maand voor.

6.2 Moeilijk leefbaar

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid geeft niet aan hoeveel mensen in ons land aan een PTSS lijden. In vergelijkbare landen (VS, Canada, Australië) is het cijfer: 1-2%. PTSS komt relatief veel voor bij jonge vrouwen en wordt langdurig met zich meedragen. Een halve eeuw na de Tweede Wereldoorlog draagt 15-25% van met geweld getroffen en er nog de sporen van. Van de Vietnam veteranen lijdt 20% eronder. De opvallende verschijnselen die zich bij hen voordeden, hebben ertoe bijgedragen dat PTSS als diagnostische eenheid werd omschreven. Men voelt zich machteloze slachtoffers. Er is een uitzonderlijk verlies aan controle. De greep op het leven is men kwijt; er is geen beheersing over de dagelijkse gang van zaken. Men blijft ingesteld op een (niet meer

aanwezig) gevaar; herbelevingen komen zowel in privé als op het werk voor. Het vertrouwen in zichzelf, anderen en de toekomst is weg. Sociaal kan er een ontwrichting of sociaal isolement plaats vinden, zoals het plegen van gezinsgeweld of een zwerversbestaan leiden. Ook psychobiologisch raakt het evenwicht ernstig verstoord. Bij PTSS is het denk- en geheugengebied in het brein (*hippocampus*) 8-12% verschrompeld met gevolgen van dien voor het korte termijn geheugen. Een bepaalde therapie, 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing', lijkt dit proces te kunnen omkeren.

6.3 Gezondheidsproblemen

Men spant zich enorm in om alles wat met het trauma verband houdt te vermijden. Niettemin blijft men aldoor schrikachtig en plotseling handelen alsof de gebeurtenis op het moment weer plaats vindt. Het opvallende karakter van de PTSS, een opmerkelijk disfunctioneren op het werk of op school en in het gezin, leidt dikwijls tot een hulpvraag. In de VS blijken PTSS slachtoffers zich beduidend meer tot de zorg te wenden dan mensen met een andere onderkende angststoornis (35% tegenover 25%). Ook blijkt dat bij de onderkende PTSS diagnoses doorgaans een andere psychische stoornis op As I van het DSM te vinden is of er voorheen sprake van is geweest. Het betreft een depressie, een andere angststoornis, drugsgebruik/alcoholmisbruik en/of niet nader omschreven gedragsstoornissen. Aandoeningen die levensbedreigend zijn en ingrijpende behandelingen van een ernstige ziekte kunnen zo traumatisch zijn dat deze de basis vormen voor een PTSS. Er is ook gevonden dat verscheidene ziekten gepaard gaan met PTSS zonder dat de aard van het verband duidelijk is. Het betreft onder meer gewrichtsontsteking, hoge bloeddruk, longaandoening, maagzweer en migraine. Gynaecologische klachten doen zich ook vrij veel voor, wat mogelijk te verklaren is als uitlaatklep voor seksueel veroorzaakte trauma's.

7. Andere Angststoornissen

7.1 De Acute Stress Stoornis

Onder de 'andere angststoornissen' wordt hier verstaan de Acute Stress Stoornis, de Aanpassingsstoornis met angst en de Separatieangststoornis. De *Acute Stress Stoornis* heeft in grote trekken dezelfde kenmerken als de PTSS met dien verstande dat de duur korter is (2 dagen tot een maximum van 4 weken) en de ervaring minder intens, doch er wel significant lijden is. Men heeft te maken gehad met een trauma en een confrontatie met de dood of een ernstige verwonding waarbij het eigen of andermans lichaam aan vernietiging is blootgesteld en er een reactie op volgde van intense angst, hulpeloosheid en afschuw. Daarbij ervaart men tijdens of na de schokkende gebeurtenis drie van de volgende dissociaties: (1) een gevoel van verdoving, onbetrokkenheid en afwezigheid van enige emotionaliteit, (2) een verminderd gewaar zijn van de omgeving alsof men in een waas verkeert, (3) derealisatie: een beleving los van de werkelijkheid te staan alsof men naar een film kijkt, (4) depersonalisatie: een beleving los van zichzelf te staan alsof men de dingen niet zelf ervaart, (5) geheugenverlies: het dissociëren doet het trauma of aspecten ervan vergeten. Voorts (net als bij de PTSS): herbelevingen, flashbacks, illusies, opgewondenheid, onrustig gedrag, vermijden van gedachten, gevoelens, contacten en plekken welke de herinnering oproepen. Men kan er ook omstandig over vertellen.

7.2 De Aanpassingsstoornis met angst

De DSM categorie *Aanpassingsstoornis met angst* is een veel gestelde diagnose. (Ook bestaat het subtype 'met gemengd angstige en depressieve stemming'.) De stoornis treedt op als reactie op normale stress met niettemin emotionele en psychische gevolgen en die ontstaat bij belangrijke veranderingen in het leven (een overlijden, huwelijk, geboorte, verhuizing, e.d.). Deze tot het leven behorende gebeurtenissen kunnen zowel positief als negatief van aard zijn. De DSM ordent de aanpassingsstoornissen naar de overheersende klachten die zich meestal acuut voordoen. Binnen drie maanden na het begin van de herkenbare psychosociale stress doen zich sterke emotionele en gedragsmatige reacties van zenuwachtigheid, ongerustheid en rusteloosheid welke de omgang en het werken hinderen. Deze zijn aantoonbaar en heviger dan de stressbron doet verwachten en duren niet langer dan zes maanden na het wegvallen van de stressveroorzakende bron(nen). Zo kan er zich een aanpassingstoornis met angst voordoen bij een scheiding, een ontslag, een conflict, een verlating, e.d. De stressgebonden stoornis resulteert in een duidelijk lijden en in ernstige beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren. De klachten zijn overigens geen uiting van een onverwerkt rouwproces waarvoor de DSM een aparte categorie reserveert.

7.3 De Separatieangststoornis

Een aanpassingsstoornis bij kinderen is de verlatings- of separatieangst, die in de volwassenheid kan doorwerken, zij het in andere uitingsvormen. *Kern is een angst die optreedt bij het van huis weg gaan of het schijnbaar kwijt raken van iemand aan wie men emotioneel gehecht is of die zorgen voor het welzijn.* In verband hiermede kan het kind angstig worden voor een scheiding of de verwachting ervan (b.v. alleen zijn/slapen, verdwalen, ontvoerd worden of naar school gaan) of er nachtmerries over hebben. Dan kunnen ook lichamelijke klachten optreden, zoals hoofdpijn, misselijkheid, maagpijn of braken. De stoornis komt voor tot 18 jaar (meestal tussen 7 en 9 jaar). De DSM deelt de *Separatieangst* in onder de ontwikkelingsstoornissen die een normale kindertijd, puberteit en adolescentie verstoren. Kinderen van 1½ tot 3 jaar raken dikwijls angstig wanneer ze hun ouders niet zien. Wanneer ze voor het eerst naar school gaan, kan er verlatingsangst optreden. Normaliter verdwijnt deze snel. Vanaf ca. vier jaar heeft men meestal geleerd om even alleen te zijn. Als dan de angst niet verdwijnt, is er sprake van separatieangst. Het kind is angstig als de ouders er niet zijn of heeft heimwee in een onbekende omgeving. Soms projecteert het en maakt zich zorgen om het welzijn van de ouders. Als de angst met 18 jaar niet is overwonnen, kan deze tot een andere stoornis verworden.

8. Hypochondrie

8.1 Hypochondrie: een angststoornis?

Ofschoon de DSM de *hypochondrie* tot de somatoforme categorie rekent (stoornis die zich uit in de vorm van lichamelijke klachten), zijn er steeds meer geluiden om deze onder de angststoornissen te scharen. De stoornis lijkt zich voor te doen bij tot 9% van de mensen die naar een dokter gaan. Lijdt men eronder dan is er een overtuiging iets te mankeren en een voortdurend bezig zijn met het kunnen krijgen van allerlei ziekten, zonder dat er paniek bij te pas komt. Allerlei onschuldige lichamelijke gevoelens interpreteert men als signaal een ernstige ziekte te hebben. Zonder, zoals in een waan, de

realiteit uit het oog te verliezen, beeldt de persoon zich op een dwangmatige wijze in een ernstige ziekte te hebben, terwijl daar geen medische gronden voor zijn. Via allerlei onderzoek wil men bewezen krijgen aan een ziekte te lijden. Ondanks deskundige geruststelling blijft men gepreoccupeerd (voortdurend vervuld) van de vrees iets te mankeren. Als er daadwerkelijk wat scheelt, wordt de ziekte als veel ernstiger opgevat dan die in werkelijkheid is. Bij geruststelling door een arts, vreest men dat deze de ware oorzaak niet heeft kunnen vinden. De persoon is er minstens zes maanden zodanig mee bezig dat er een aanzienlijk lijden is en beperkingen in het dagelijks functioneren (sociaal, beroepsmatig of in andere belangrijke gebieden).

8.2 Hypochondrie als OCS

Ziektevrees kan men ook hebben in het kader van een andere angststoornis: *GAS*, *OCS* of *een paniekstoornis*. Ook in het laatste geval kan men denken een ziekte te hebben, maar men is beduidend angstiger voor een paniekaanval dan voor de vermeende ziekte onder de leden. Zo kunnen hartkloppingen en een drukkend gevoel op de borst doen denken aan een hartinfarct, rare gevoelens in het hoofd of duizeligheid aan een hersenbloeding, en maagklachten aan kanker. Medische geruststelling kan bij een ziektevrees als onderdeel van een paniekstoornis wel helpen. Ofschoon de stoornis van de ingebeelde ziekte al eeuwen bekend is, lopen de meningen over diagnose en behandeling uiteen. De intense preoccupatie, het steeds maar afchecken van het lichaam en het onverzadigbaar vragen om geruststelling doen sterk denken aan een OCS. Heeft men bij voorbeeld hoofdpijn, dan is men niet zozeer bezig met de pijn maar met de vermeende tumor die de pijn veroorzaken kan. Men is dus obsessief bezig met de betekenis van lichamelijke sensaties in plaats van met de sensatie zelf. Door de niet gerust te stellen houding van de patiënt slaat hij/zij aan het 'shoppen'. Hier dragen de deskundigen ook aan bij door hem/haar van de ene specialist naar de ander door te verwijzen. De diagnostische onduidelijkheid van de stoornis draagt niet bij tot een adequate behandeling.

8.3 Gezondheidsangst Stoornis

Vanuit een cognitief gedragstherapeutische hoek heeft men een bredere categorie bedacht waarin is opgenomen een scala dat varieert van lichte ziektevrees tot ernstige hypochondrie tot de ziektewaan met als gemeenschappelijke noemer het verkeerd interpreteren van lichamelijke verschijnselen. Deze categorie heet *Gezondheidsangst Stoornissen* en dient om de herkenning en vooral behandeling te bevorderen welke gericht is op het veranderen van de aanhoudende irrationele gedachten over het kwijt raken van gezondheid. Een voorbeeld is dat een onschuldig bultje op het been irrationeel opgevat wordt als kanker, dat een aanraking HIV heeft veroorzaakt of dat een versnelde hartslag een voorbode is van een infarct. Dit verkeerd interpreteren is een rode draad en gaat verder nadat medisch onderzoek is verricht met negatief resultaat en men er desondanks niet in kan geloven niets te mankeren. Bijna iedereen kent de kortstondige bezorgdheid/angst gezondheid te verliezen. Velen zijn 'gezondheidsfreaks', joggen en diëten om welvaartsziekten te voorkomen. Studenten in de geneeskunde kennen het verschijnsel te denken dat ze aan de ziekte, die ze aan het bestuderen zijn, lijden. De lezer van dit *Angstboekje* zal bij elk van de hierboven genoemde stoornissen zich waarschijnlijk ook telkens hebben afgevraagd wat op hem/haar van toepassing was of is.

HOOFDSTUK III: Behandeling van angst

1. Angst en vicieuze cirkels

1.1 Cirkels van denken-voelen-doen

Heeft men eenmaal een angststoornis ontwikkeld dan kunnen zich in het ergste geval drie soorten vicieuze cirkels, die de angst in stand houden, voordoen. De stoornis blijft zo in stand en kan uiteindelijk tot depressiviteit leiden. Dit resultaat is een eindpunt van het gegeven dat de emoties in de knoop zijn geraakt.¹⁰ Er zijn *zeven basis emoties* te onderscheiden die als een ui in lagen zijn gestructureerd. Als depressie zich in de buitenste laag bevindt, dan is daaronder angst te onderkennen, waaronder boosheid, waaronder verdriet, waaronder blijdschap, waaronder liefde en ten slotte stilte. De term emotie komt van het Latijnse werkwoord *emovere* dat in beweging zijn betekent. Bewogenheid door emoties begint bij een stiltepunt waaruit positieve en negatieve emoties voortkomen. De stilte is een soort leegte die noch positief, noch negatief is. Er is geen vasthouden van het positieve en geen vermijding van het negatieve. Emoties zijn intense innerlijke gevoelens die met gedachten en gedragingen gelijktijdig opkomen, worden en (ook altijd weer) gaan. Gedachten die gericht zijn op de verwachting dat er in de naaste toekomst, straks of zo meteen, angst zal optreden ('als... dan' gedachten) roepen niet straks maar nu angst op. Dit denken voedt de angst en maakt de bestaande angst erger. *Dit is de eerste cirkelgang, die cognitief van aard is.*

1.2 Cirkels door angstreductie

Niet alleen denkbeelden houden emoties in stand, maar ook het vlucht- en/of vermijdingsgedrag wanneer de angststoornis optreedt. In de eerste plaats ervaart men na het vluchten of bij het vermijden een opluchting en ontspanning die belonend en daarom in stand houdend werken op dit soort gedrag en de daarmee gepaarde gaande emoties. De ervaren ontspanning is echter slechts van korte duur, want op de lange termijn is er niets dan verlies. Er is dus sprake van korte termijn winst. Niettemin kiest de persoon er vaak zelf voor dit verlies te nemen ten gunste van de opluchting van het moment. In het bijzonder kan de persoon er bij langdurige spanningen allerlei stress gerelateerde lichamelijke klachten bij krijgen, wat niet bevorderlijk is voor de algemene staat van gezondheid. Bij voorbeeld kan men uit een angstige situatie vluchten door uit de lange rij voor een kassa te stappen of de lift vermijden door de trap te nemen of vermeende vuile handen te wassen, boenen en schrobben. Dit soort gedrag biedt een quasi oplossing omdat de angst op den duur alleen maar verergert, de situaties waarin men het gefantaseerde gevaar ziet toenemen en de spanningen die hiermee verband houden de gezondheid verder bedreigen. Dit is *de tweede cirkelgang die werkt via bekrachtigende 'beloning' als gevolg van angst- en spanningsreductie.*

1.3 Cirkels door sociale bekrachtiging

In de tweede plaats mobiliseert de angststoornis met bijbehorende vlucht en vermijding van situaties de sociale omgeving, zoals de partner en kinderen of andere familie en

¹⁰ Kwee, M.G.T & Taams, M.K. (2002). Multimodale therapie: eclecticisch, systemisch en constructivistisch. In R.W. Trijsburg et al. (Red.), Handboek voor Integratieve Psychotherapie (pp. VII, 2.1-33). Leusden: De Tijdstroom.

buren, niet zelden tot hulpgedrag. Ofschoon goed bedoeld leidt het te hulp schieten door de hulpvaardige naasten tot een andere soort van in stand houding van de angststoornis, namelijk door middel van bekrachtiging, die zelden wordt onderkend. Ook hier is er sprake van het 'belonen' van het angstgevoel en het angstgedrag. Doordat de persoon als het ware in de watten wordt gelegd, komt deze er niet gemakkelijk meer aan toe de angst te doorbreken (door juist de beangstigende situaties op te zoeken en die te leren doorstaan). Ook kan het voorkomen dat het ontwijkgedrag iemands gebrekkige (sociale) vaardigheden, die tot angst bijdragen, verborgen houden. Er is opnieuw sprake van korte termijn winst ten koste van lange termijn verlies. De aandacht en aardigheid van anderen kunnen zo structureel in iemands leven sluipen dat een leven zonder klachten moeilijk denkbaar wordt. Bij voorbeeld kan iemand met een paniekstoornis met agorafobie die de boodschappen niet durft te doen, deze overlaten aan de echtgenoot. Iemand met een ziektevrees kan steeds dezelfde vragen stellen om zich gerust te laten stellen. *Dit is de derde cirkelgang die werkt via bekrachtigende 'beloning' door de sociale omgeving.*

2. Angst en hersenen

2.1 Neuroplasticiteit

Het is gemakkelijk te stellen dat de persoon met angststoornissen kiest voor een gevoel of een gedrag. Indien het louter een keuze is, dan kan men spoedig van angststoornissen worden verlost. Maar de mens is niet alleen geest en lichaam en brein doen wat ze willen. Bij de PTSS werd al opgemerkt dat de hippocampus (denk- en geheugengebied van het brein) verschrompeld raakt waarbij wordt verondersteld dat dit het gevolg is van de stoornis. Een omgekeerde redenering, namelijk dat het brein leidt tot de angststoornis, is evenzeer denkbaar; dit is een gangbare denktrant van biologische psychiaters en vele neuropsychologen. Het feit dat men automatisch angst voelt, tot paniek geraakt of dwang uitvoert, kan blijken te komen doordat het brein als het ware op de een of andere manier is vastgelopen. Nu komen er steeds meer aanwijzingen dat het brein plastisch is. *Neuroplasticiteit houdt in dat het brein kneedbaar is.*¹¹ Zo is het van vogels bekend dat hun hippocampus groeit naarmate ze meer liedjes kunnen fluiten. Ook is aangetoond dat pianisten die hun vingers dagelijks oefenen zodoende het breingebied van wijs- en middelvinger navenant veranderen. Imaginatieoefeningen kunnen dat effect weer teniet doen. Verondersteld wordt dat geest en brein in wisselwerking tot elkaar staan waardoor het mogelijk is dat de geest een vastgelopen brein weer op gang brengt.

2.2 Het brein van angst

Zoals te zien op scans kan een vlek in de voorhoofdskwab van het brein (prefrontale schors) oorzaak maar ook gevolg zijn van smetvrees. Ofschoon eerst verondersteld dat de vlek is ontstaan door angst, bleek deze veroorzaakt door hoofdbewegingen in reactie op confrontatie met vuil. Er toonde zich een andere vlek direct in verband met verhoogde emotionaliteit, namelijk in het emotie- en angstcentrum van het brein: de *amygdala*. De activering hiervan wekt tegenreacties op in andere gebieden, de prefrontale schors in het bijzonder, om de angst te onderdrukken. Het onvoldoende resultaat van de tegenwerking kan uiteindelijk bepaalde delen van het brein neuroplastisch misvormen met alle

¹¹ Schwartz, J.M. & Begley, S. (2002). *The Mind and the Brain: Neuroplasticity and the Power of Mental Force*. New York: Harper Collins.

gevolgen van dien: een structurele toename van angst en verminderde alledaagse prestaties. De *amygdala* zijn twee amandelvormige structuren achter de slapen en de oogkassen, welke op de twee punten van de grotere zadelvormige *hippocampus*, een soort croissant dwars achterom in de hersenen, gesitueerd zijn. Wat bij een angststoornis zoals bij voorbeeld dwang gebeurt, is dat er een toename in de hersenstofwisseling plaats vindt. In de emotionele gebieden boven de oogkassen is een uitzonderlijk energieverbruik te zien waaruit valt op te maken dat het brein alarm slaat omdat er iets in de omgeving mis is. *Het alarm blijkt bij angststoornissen een vals alarm te zijn.*

2.3 Het brein als herstellingsoord

Bij angststoornissen dienen de overactieve breingebieden, die ten onrechte voortdurend alarmsignalen uitzenden, uitgeschakeld te worden. Helaas is het brein ondanks verhitte pogingen hiertoe niet in staat. Omdat de hierdoor toegenomen stofwisseling neuropsychologisch in verband staat met gedrag kan een met overtuiging en wilskracht uitgevoerde cognitieve benadering soelaas bieden. Een nieuwe aanpak maakt gebruik van cognitieve herstructurering en gewaarwording van denken-voelen-doen volgens boeddhistische aandachts- en concentratietechnieken (mindfulness). Deze behelst het op de eerste plaats naar binnen schouwen (*introspectie*) om helder te kunnen zien dat er gedacht/gevoeld wordt en dit denken/voelen louter te aanschouwen (laten komen, worden en gaan) alvorens te veranderen. Vervolgens dient men de waargenomen ondoelmatige en angstopwekkende gedachten: (1) te *heretiketteren* (de verstoorde hersenchemie slaat voortdurend vals alarm), (2) te *herleiden* (zelfverwijten zijn onterecht ‘ik ben niet mijn breinchemie’), (3) te *herconcentreren* (negeer de angst die opkomt en richt je uitsluitend op waar je mee bezig wilt zijn), en (4) te *herwaarderen* (het niet serieus nemen van de angst leidt tot een dito relatie met angstgedachten). Zodoende verandert de meditatieve geest de neuroplastische breinwerking op een structurele manier.

3. Het metacognitieve bewustzijn

3.1 Mindfulness

Mindfulness is een vorm van boeddhistische meditatie die zich disidentificeert met wat er ook in het bewustzijn opkomt.¹² Het veranderen van denkinhouden is de taak van cognitieve therapie, niet van mindfulness. De geest interpreteert, beoordeelt en evalueert voortdurend waarbij deze uit gewoonte gedachten identificeert met ik/mij-mijn-zelf. Tijdens mindfulness worden denken-voelen-doen louter waargenomen en geobserveerd, dus neutraal en zonder te beoordelen of te evalueren. Reageren op of vastklampen aan een gedachte, gevoel of gedrag brengt emotioneel lijden teweeg, accepteren en loslaten werkt bevrijdend. Door bewustzijnsinhouden op een afstand te bekijken vindt er een verschuiving plaats van identificatie naar disidentificatie. Dit proces heet decentralisatie en brengt met zich mee dat men van automatische piloot overstapt op een van-moment-tot-moment-bewustzijn. Men stapt dan over van een ‘dit ben ik’ identificatie naar een ‘dit is een gedachte, niet de werkelijkheid’ constatering. Dit laatste maakt de illusoire

¹² Teasdale, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the prevention of relapse and recurrence in major depression. In K.T. Kaku (Ed.), *Meditation as Health Promotion – A Lifestyle Modification Approach*. Proceedings of the 6th Conference of the Transnational Network for the Study of Physical, Psychological & Spiritual Well-being, Noordwijkerhout, Netherlands. Delft: Eburon.

identificatie van die gedachte als zijnde de werkelijke werkelijkheid los en maakt het mogelijk de relatie tot die gedachte te veranderen wat wezenlijk is om uit de greep van denken te ontkomen. *Het gedecentraliseerde/gedisidentificeerde perspectief bij het gewaar zijn van denken-voelen-doen wordt het metacognitieve bewustzijn genoemd.*¹³

3.2 Cirkelprocessen doorbreken

Er vindt een soort dissociatie plaats welke een betere weerspiegeling is van de realiteit dan gedachten te vereenzelvigen met de werkelijkheid of met ik/mij-mijn-zelf. Een dergelijke loskoppeling kan het ingaan op het waarheidsgehalte van een gedachte overbodig maken. Immers, wat maakt het uit of de inhoud van een gedachte klopt of niet als men überhaupt al was losgekomen van de gedachte op zich? Met andere woorden mindfulness die zich richt op het proces van denken – op de gedragwijze van gedachten – dat op zichzelf veranderd kan worden los van de inhoud van gedachten, kan in lichte gevallen wel eens blijken afdoende te zijn. *Deze werkwijze kan de vicieuze cirkels van denken-voelen-doen processen doorbreken.* Essentieel is om de relatie met angstervaringen te beleven als mentale gebeurtenissen in een breder context van het bewustzijnsveld in plaats van deze te zijn en zich zodoende foutief daarmee te vereenzelvigen. Eenvoudig gesteld, het ontwikkelen van een metacognitief bewustzijn gebeurt door middel van een cognitieve omslag van ‘wat ik denk of voel is wie ik ben’ naar ‘wat ik denk of voel is een ervaring, niet wie ik ben’. De verandering van de relatie tot het proces van denken-voelen-doen in plaats van de inhoud ervan te veranderen kan wel eens de doeltreffendheid van cognitieve gedragstherapie verklaren.¹⁴

3.3 Derde generatie cognitieve gedragstherapie

Deze zienswijze in de cognitieve gedragstherapie is geen uitzondering meer. Er is thans sprake van een *derde generatie cognitieve gedragstherapie* die verschillende varianten kent met een gemeenschappelijke thema, namelijk een leven in aandacht via meditatie die uit de boeddhistische leer afkomstig is.^{15 16} Dit is gericht op het ‘hiernu’ om een grondstelling van de leer, dat de wereld waarin de mens leeft impermanent is, lijfelijk te ervaren. Het surfen op de ademhalingsgolven en stormen van het hiernu door middel van mindfulness en op het scherp van impermanentie leven zijn een hulpmiddel om zich van emotioneel lijden te bevrijden. *De hier uitgedragen opvatting luidt dat mindfulness een algemene factor is welke een noodzakelijke maar onvoldoende basisconditie is om angststoornissen te doen verdwijnen.* Bij een stoornis is therapie dikwijls nodig. De eerste generatie cognitieve gedragstherapie schreef geen of slechts een bescheiden rol toe aan cognities. Het ging destijds om het ontstaan en de verandering van angststoornissen te verklaren. Dit gebeurde met behulp van de moderne leertheorie die het leren door conditionering vooropstelt en bij het afleren van angst van denkbeelden gebruik maakt. De tweede generatie cognitieve gedragstherapie ziet de grond voor angststoornissen in de irrationaliteit/disfunctionaliteit van subjectieve gedachten.

¹³ Teasdale, J.D., Hayhurst, H., Pope, M. et al. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 275-287.

¹⁴ Kwee, M.G.T.(1990). Denken en Doen in Psychotherapie. 's Gravenhage: East West.

¹⁵ Kwee, M.G.T., & Ellis, A. (1998). The interface between REBT and Zen. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 16*, 5-44.

¹⁶ Kwee, M.G.T., Gergen, K.J. & Koshikawa, F. (Eds.).(2006). *Buddhist Psychology: Constructing Mind/Body/Spirit/Behavior for Well Being*. Taos, NM: Taos Institute Publications.

4. Aandachtstraining

4.1 Met indachtigheid

De hier voorgestane opvatting is niet die van of/of, maar van en/en. Met andere woorden, de interventies van de eerste en tweede generatie hoeven niet als de baby met het badwater worden weggegooid. Mindfulness was/is niet bedoeld om angststoornissen weg te nemen, maar om bewustwording en ontwikkelingsgroei te bewerkstelligen.¹⁷ Als algemene factor is mindfulness in de cognitieve gedragstherapie op weg een inherent onderdeel te vormen. *Het is logisch te bedenken dat wil men denken-voelen-doen veranderen, men eerst bewust mag waarnemen welke die gedachten, gevoelens en gedragingen zijn.* Om hierachter te komen zijn aandacht en concentratie vereist. Is men geëmotioneerd dan is het moeilijk zich te concentreren. Dit is vergelijkbaar met het kijken naar sterren door een telescoop vanuit een roeiboot op zee. Enige training is vereist in het richten van ‘éénpuntige’ aandacht op het proces van denken dat altijd gepaard gaat met processen van voelen en doen. Een verfijnde indeling – van denken in beelden of concepten, van voelen in emoties en gewaarwordingen en van doen in individuele en interpersoonlijke acties – is nuttig om te (h)erkennen waarmee identificatie plaats vindt en waar bij disidentificeren van los wordt gemaakt. Training begint met een Boeddha- of op een stoel zittend met een rechte rug en de zolen plat op de grond.

4.2 Ademen in ‘hiernu’

De ademhaling, die alleen hiernu kan plaats vinden, vormt het ankerpunt voor training in indachtigheid (aandacht en concentratie).¹⁸ Eerst richt men zich op hoe geademd wordt door te observeren hoe lucht de neusgaten passeert. Men merkt op of de teug lang is of kort, diep of oppervlakkig, gehaast of rustig, enz., zonder deze te veranderen. Dwaalt de concentratie af, dan wordt op een vriendelijke-tolerante wijze de aandacht terug gebracht naar de ademgolven. Dit doet men formeel gedurende 20 tot 30 minuten totdat er enige bedrevenheid optreedt, meestal na een paar weken. Dan is het van belang het lichaam via indachtigheid met een glimlach te exploreren, alsof men via endoscopie met een lichtende camera het lijf van binnenuit bekijkt, bevoelt en doortast. Startend bij de ademhaling kan men bij voorbeeld beginnen bij de tenen van de linkervoet, één voor één, en vervolgens gaan naar de kuit, het scheenbeen, de dij (achter, voor en rondom); dan naar de rechtervoet, enz., dan via het onderlichaam naar het bovenlichaam met alle vitale organen, naar de linker- en rechterarm, de nek en het hoofd. Na een paar weken stapt men over op een vrije manier mindfulness te beoefenen met betrekking tot denken-voelen-doen. *Het gaat om een van hiernu tot hiernu neutraal observeren van de geest (en de inhouden van/in de geest) en van het lichaam (en de verschijnselen in/van het lichaam).*

4.3 Accepteren

Accepteren is de sleutel om van verwachtingsangst af te komen. Het gaat om aanvaarden, niet berusten, van wat men aan denken-voelen-doen tijdens mindfulness aan ervaringen

¹⁷ Kwee, M.G.T. & Taams, M.K. (2005). Een boeddha word je zo... In R. Kloppenborg (Red.), *Boeddhisme en Psychotherapie: Theoretische en Praktische Verkenningen* (pp. 9-48). Rotterdam: Asoka.

¹⁸ Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-Based Stress Reduction*. In M.G.T. Kwee & M.K. Taams (Eds.), *Tribute to Yutaka Haruki – Special Issue. Constructivism in the Human Sciences*, 8, 1-265.

waarneemt. *Terwijl bij berusting machteloosheid en passiviteit de boventoon voeren, wordt onder acceptatie een actief toelaten van ervaringen begrepen.* Er wordt niet uit reflex geprobeerd er iets aan te doen, maar de ervaring wordt indachtig geregistreerd en aanschouwd; er wordt ruimte gegeven met een vriendelijke betrokkenheid. Het gaat erom gewaar te zijn van wat er zich in het bewustzijn aandient en er liefdevol indachtig mee om te gaan. Mensen schenken zichzelf zodoende de nodige voeding: liefde. In plaats van negatief te staan ten opzichte van wat er zich kan opdringen en dit vooraf af te wijzen, is het van belang in het kader van de neutrale waarneming/observatie alleen maar op te merken wat er zich afspeelt. Mocht de ervaring pijnlijk zijn, angst, verdriet of boosheid bevatten, dan nog is het de bedoeling deze gevoelens en emoties in aanvaarding de ruimte te bieden, zonder te proberen er iets anders van te maken. Dit is tevens een ontspannen manier om met wat er ook van binnen de aandacht trekt om te gaan. *Dit is een realistisch kijken naar de dingen zoals ze zijn.* Wat het ook is, zeg: 'het is goed zo, laat ik het maar gewoon alleen voelen'. Word bewust, laat toe (adem ernaartoe) en blij glimlachen.

5. Cognitieve gedragstherapie

5.1 Cognitieve gedragstherapie

Er was eens een haas die, toen hij sliep, een knal hoorde. Omdat hij dacht 'dit is het einde van de wereld', rende hij weg. De andere dieren zagen dat en de ene soort na de andere sloot zich aan bij de vlucht om aan het einde der tijden te ontkomen. Toen de Boeddha hen zag rennen, vroeg hij de laatste die op de loop ging: 'waar zijn jullie bang voor?' 'De wereld vergaat' was het antwoord. 'Maar dat kan niet waar zijn' zei de Boeddha, 'laat ons nagaan waarom jullie zo denken'. Ze één voor één ondervragend kwam hij terecht bij de haas die de panische vlucht startte. De Boeddha vroeg hem 'waar was je en wat was je aan het doen toen je dacht dat de wereld verging?' De haas zei 'ik lag onder een mangoboom te slapen' en de Boeddha vulde aan 'en toen hoorde je een mango vallen waar je van schrok, je dacht dat dit het einde van de wereld inluidde, werd bang en begon te rennen'. 'Laten we terug gaan naar die boom en kijken of het klopt'. Aldus redde de Boeddha het dierenrijk van de ondergang. In deze allegorie is het *S-O-R model* te vinden, welke de wetenschappelijke basis van het cognitief gedragstherapeutisch werken vormt. Deze psychologie stelt: het zijn niet de dingen of gebeurtenissen (*Stimulus*) die je angstig en overstuurt maken waardoor je vlucht/vermijdt (*Respons*), maar je eigen gedachten, beelden en opvattingen erover (*Organisme*).

5.2 Cognitieve Therapie

De cognitieve aanpak in therapie werd door Aaron Beck en Albert Ellis onafhankelijk van elkaar in de VS in de jaren 50 geïnnoveerd en ontwikkeld tot een wetenschappelijk respectabele richting in psychotherapieland.^{19 20} De kern is dat denkinhoud, beelden en redeneringen, die disfunctioneel zijn als oorzaak worden gezien voor angst en andere

¹⁹ Kwee, M.G.T. & Ellis, A. (1997). Can Multimodal and Rational Emotive Behavior Therapy Be Reconciled? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 15, 95 -133.

²⁰ TSCM (2006) Report on 'The 14th Dalai Lama and Aaron T. Beck in public dialogue', complemented by Dr. Beck's reflections. In M.G.T. Kwee, K.J. Gergen & F. Koshikawa (Eds.), *Buddhist Psychology: Constructing Mind/Body/Spirit/Behavior for Well Being* (Ch. 1). Taos, NM: Taos Institute Publications.

emotionele stoornissen en daarmee gepaard gaand gedrag. Een cognitie is irrationeel of disfunctioneel als deze niet overeenstemt met de bekende feiten en ondoelmatig is om zich prettig te voelen. Het is gebleken dat training in anders denken (b.v. via rationele zelfanalyses en verbeeldingsoefeningen) emotionele stoornissen kan oplossen op een nivo dat het effect van antidepressieve medicatie evenaart. Training behelst een proces van verstandelijk en emotioneel leren. Het verstand is vergelijkbaar met een ruiter die het paard, dat staat voor gevoel, dient te menen. Angst gaat zoals het paard uit gewoonte een bepaalde kant op. Beide volgen automatisch de bekende weg, ook al is er andere weg dat naar het doel (angstvrijheid) leidt beschikbaar. Omdat het paard dit doel uit zichzelf niet zal weten te vinden, dient de ruiter het paard de nieuwe weg te wijzen. Het uitstippelen van de nieuwe rationele weg door de ruiter is echter niet voldoende, het is ook belangrijk dat het paard het daarbij behorende functionele gedrag inoefent.

5.3 Gedragstherapie

Eveneens in de jaren 50 werd gedragstherapie geïntroduceerd door Joseph Wolpe en Arnold Lazarus.²¹ Zij maakten gebruik van de principes uit het klassiek en operant leren alsook uit imitatieleren om angst af te leren. Uit het klassiek leren is een experiment bekend waarbij een hond een belstimulus toegediend krijgt vooraf aan vleespoeder die tot een natuurlijk kwijlrespons aanzet. Na enkele keren zorgt slechts de bel voor het kwijlen. Het presenteren van de bel zonder vlees leidt tot afleren van kwijlen; deze principes heten deconditionering en uitdoving. Systematische desensitisatie is een gedragstherapeutische techniek die hiervan gebruik maakt. Een aan angst fysiologisch onverenigbare respons, vaak spierrelaxatie, wordt in de plaats van angst aangeleerd. Dit geschiedt zodanig dat een hiërarchie van minst tot meest angstig wordt afgewerkt, vaak eerst in de verbeelding en vervolgens ter plekke. Zo zoekt men bij hoogtevrees in ontspannen toestand eerst de eerste verdieping op; als die angst weg is, werkt men de volgende verdiepingen af totdat de fobie verdwenen is. Het toeval wil dat de boeddhistische psychologie dezelfde termen als conditionering en uitdoving hanteert om met angst gepaard gaande haat (afwijzing) en hebzucht (aantrekking) en onwetendheid te doorgronden. Zo betekent nirvana niet paradijs, maar uitdoving van smachten welke bij niet bevrediging tot angstig lijden leidt.

6. Psychofarmaca

6.1 Biologische factoren

Er bestaan individuele verschillen in angstdrempels die te maken hebben met genetische aanleg; men is eerder bang voor slangen dan voor konijnen en het ene kind schrikt bij hetzelfde gebeuren meer dan het andere. Erfelijke gevoeligheid van het onwillekeurige zenuwstelsel bemoeilijkt het op eigen kracht afleren van angstreactions. *De communicatie tussen de 10 miljard breincellen (neuronen) kan om onbekende redenen spaak lopen en een onmiskenbare rol spelen bij angststoornissen.* Bij het ontbreken van psychosociale stress kunnen pillen een remedie zijn. In de jaren 20 van de vorige eeuw werden microscopische stoffjes (neurotransmitters) ontdekt welke voor de communicatie tussen cellen zorg dragen. Hiertoe behoort serotonine (5-HT) die voorkomt in het bloed (serum)

²¹ Kwee, M.G.T. & Lazarus, A.A. (1986). Multimodal therapy: The cognitive-behavioral tradition and beyond. In W. Dryden & W.L. Golden (Eds.), *Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapy* (pp. 320 - 356). New York: Harper & Row.

en de druk (tonus) ervan beïnvloedt. Dit stofje reguleert stemming en gedrag en komt voor ca. 15% voor in het bloed, 80% in het maagdarm stelsel, 5% in het brein en is niet in staat van bloed naar hersenen te verhuizen. Een mens beschikt over ca. 10 mg serotonine en voorzover in het brein aanwezig heeft deze een gunstige invloed op angst, depressie en pijn. Een andere neurotransmitter is noradrenaline of norepinephrine die een opwekkende werking heeft en in het zenuwstelsel aandacht, geheugen en stress reguleert. Samen met adrenaline maakt dit stofje het lichaam gereed om te vlechten/vluchten.

6.2 Serotonine heropnameremming

Verondersteld wordt dat angststoornissen en depressie te wijten zijn aan een verstoorde communicatie door een tekort aan genoemde boodschapperstoffen die vooral in de hippocampus (centrum van denken en geheugen) ontstaan. *Neurotransmitters geleiden de verbindingen tussen de hersencellen, die met elkaar verbonden zijn via tentakeltjes en een netwerk van miljarden cellen vormen.* Het tekort aan serotonine (en noradrenaline) verbreekt het contact tussen cellen; toevoeging van de stoffen kan het licht weer doen aangaan. Deze vergelijking gaat deels letterlijk op omdat de ingewikkelde verbindingen tussen de uitlopertjes van de cellen (stroomdraadjes) daadwerkelijk plaats vinden via elektrochemische geleiding. De verbinding tussen twee cellen geschiedt in de 'synaps', te vergelijken met een stekker en een stekkerdoos. In de synaps vindt de prikkeloverdracht plaats doordat de blaasjes die zich in de synaps bevinden opengaan en bedoelde stoffen vrijkomen. Hierdoor kan geleiding plaats vinden. Na de overdracht worden de stoffen weer in het blaasje her-opgenomen. Remming van deze heropname heeft tot gevolg dat er meer stoffen blijven rondzwemmen wat de communicatie tussen de cellen herstelt. Er bestaan een dozijn angstbestrijdende moderne antidepressiva die bij begin van inname allen bijwerkingen kennen, welke per individu kunnen verschillen.

6.3 Geen werking zonder inwerking

Globaal genomen werken deze heropnameremmers bij 2 op de 3 gevallen waarbij aangetekend dat zonder inwerkingsverschijnselen er bij angststoornissen vaak ook geen werking optreedt. De inwerking varieert van 2 tot ca. 5 weken na de laatste verhoging van de dosis. Deze lange duur maakt dat men deze middelen secuur dient in te nemen en een stabiele dosering raadzaam is. Ongeveer 30-40% staakt de inname van antidepressiva in deze beginfase. De meest bekende verschijnselen zijn: een *toename van de angst, misselijkheid, gevoel te moeten braken, licht in het hoofd, duizeligheid, hoofdpijn, droge mond, toe- of afname van eetlust, zweten, slaperigheid of slapeloosheid, nervositeit, opgewondenheid, rusteloosheid, hartkloppingen, soort hoogspanning in lijf, trillende handen, tintelingen, wazig zien, verminderde seksualiteit, moeilijk plassen, vermoeidheid, verwardheid, sufheid, jeuk, buikkrampen, gewichtstoename of juist afname, obstipatie of diarree.* Deze verschijnselen komen niet allemaal tegelijk voor, meestal treden er enkele van op gedurende een paar weken (tot een maand) voordat ze helemaal verdwijnen en het gunstige effect van het middel volledig tot zijn recht komt. Er bestaan huis-tuin-keuken adviezen om met problemen zoals misselijkheid of blauwe plekken om te gaan. Gebruik er nooit St. Janskruid bij! De Stichting FobieVRienden biedt antidepressiva begeleiding.

7. Meditatie naast medicatie

7.1 Een studie naar medicatie/meditatie

Een opvallende studie van verkennende aard is recent verschenen over de ervaringen van ervaren mediteerders die antidepressiva innamen.²² Deze groep was gekozen op basis van de veronderstelling dat zij bedreven zijn in introspectie en mogelijk de effecten en neveneffecten van de middelen subtiel kunnen registreren. *De meditatie die de proefpersonen beoefenen heet boeddhistische inzichtmeditatie (Vipassana) die overeenkomt met mindfulness, die gericht is op het van moment tot moment doorgronden van de impermanentie van de wereld (daarbuiten en hierbinnen) en van ons geestlichaam (denken-voelen-doen) zonder daarbij te oordelen.* Er deden 19 personen van tussen de 22 en 63 jaar met een intensieve Vipassana ervaring van drie jaar mee. Zij namen in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek moderne antidepressiva die kennelijk waren aangeslagen (voornamelijk serotonine heropnameremmers: citalopram, sertraline, fluoxetine, paroxetine, venlafaxine en mirtazapine). De cruciale vraag was welke effecten deze medicatie heeft op het mediteren (alvorens de combinatie meditatie-medicatie af te wijzen). Uit eerder onderzoek is gebleken dat mediteerders over een verbeterd vermogen tot waarnemen en introspectie beschikken (wat neem ik waar, wat denk, voel, doe ik, wat beweegt me?). Tevens kenmerken ze zich door een verhoogd concentratie- en onderscheidingsvermogen, medeleven (empathie) en door een zekere gelijkmoedigheid.

7.2 Gunstige effecten van de combinatie

De studie toont aan dat mediteerders ook onder deze medicatie een gunstig effect van hun meditatie hadden. Dagelijks mediteren bracht een toename van positieve gevoelens. Tijdens retraites bleek een toename van geluksgevoelens, kalmte, vreugde, liefde en mededogen en een afname van boosheid, verdriet en angst. De voor meditatie cruciale factoren als een helder bewustzijn en een verscherpte aandacht/concentratie namen toe, terwijl het smachten naar en vastklampen aan voorbijgaande gedachten/gevoelens afnamen. *Van belang was dat gelijkmoedigheid, een maat voor meditatieve stabiliteit voor niet automatisch reageren, fors toenam tijdens de meditaties.* Het is interessant dat de effecten eenduidig zijn vanuit een psychiatrische en een boeddhistisch psychologische zienswijze. Vier van de zeven factoren van ontwaken (beter bekend als 'verlichting') werden door de medicatie eerder bevorderd dan belemmerd (indachtigheid, sereniteit, gelijkmoedigheid en concentratie). De drie andere kenmerken (volharding, enthousiasme en een onderzoekende mentaliteit) waren bij deze mensen al aanwezig. Het is belangwekkend te constateren dat er een door antidepressiva bewerkstelligde afname was van het smachtende verlangen (één van de drie bronnen van menselijk lijden naast haat en onwetendheid / gebrek aan of foutieve voorlichting).

7.3 Voorkomen van terugval

Vanwege het karakter van vooronderzoek en het betrekkelijk kleine aantal proefpersonen is de reikwijdte van de bevindingen van deze studie beperkt. Ondanks deze tekortkoming is de voorproef richtinggevend. Het ziet ernaar uit dat bij emotionele stoornissen en in het bijzonder bij angst en depressie de gunstige effecten van medicatie te combineren zijn met mindfulness. Er is geen reden om het gebruik van serotonine heropnameremmers in

²² Bitner, R., Hillman, L., Victor, B. & Walsh, R. (2003). Subjective effects of antidepressants: A pilot study of the varieties of antidepressant-induced experiences in meditators. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2003, 191, 660-667.

combinatie met meditatie te wantrouwen. *Mediteren lijkt er zelfs voor te kunnen dienen als een vorm van cognitieve gedragstherapie die een terugval in de oude klachten en het optreden van onttrekkingverschijnselen bij het stopzetten van de antidepressiva (dikwijls dezelfde als de bijwerkingen) kan opvangen.* Een dergelijk vangnet is niet te versmaden gezien de veel gehoorde klacht dat mensen die hun pillenname onvoorbereid stoppen de stoornis terug krijgen. Met boeddhistische meditatie heeft men een methode met bijwerkingen om te gaan en is er een alternatief voor hen die eerder zonder succes therapie hebben volbracht of om wat voor reden dan ook geen therapie wensen. Ofschoon de succesvolle effecten van mindfulness in het voorkomen van terugval vooralsnog alleen aangetoond zijn bij ernstige depressie, zijn er voldoende aanwijzingen dat meditatie in de praktijk bij angststoornissen ook verantwoord is toe te passen.

8. Vrij van vrees

8.1 Wakker worden

Op de vraag of hij een god is, een profeet of een heilige, antwoordde de Boeddha: ‘ik ben ontwaakt, dat is alles’.²³ Ontwaken is een plechtig woord voor wakker worden dat bij het openen van de ogen na het slapen plaats vindt; er is dan visueel bewustzijn. In de boeddhistische psychologie worden niet vijf zintuigen en de daarbij behorende bewustzijnsvormen (zien, horen, ruiken, proeven, tasten) onderscheiden, maar zes. De Boeddha’s zesde zintuig is niet intuïtie – hoewel het er wel sterk op lijkt – maar het brein dat als zintuig de geest (gedachten) en het lichaam (gevoelens) van binnenuit kan waarnemen waarbij een mentaal bewust zijn plaats vindt. Meditatie beoogt dit zintuig te ontdekken en te laten ontwaken. Dit extra venster kijkt uit op ’s mensen innerlijk dat altijd iets is van de individuele binnenwereld en kan zijn opgebouwd uit indrukken, herinneringen en verbeeldingen van wat ooit waargenomen werd in de buitenwereld. Dit zintuig is metaforisch te benoemen als *het innerlijke oog of metaperceptie* (waarnemen van waarnemen en denken; b.v. het ‘tip of the tongue’ fenomeen: men registreert dat er een in het geheugen opgeslagen woord bestaat waar men vervelend genoeg niet bij kan). *Het openen van dit oog is een stap in de ontwikkeling naar een volledig mens zijn, welke vergelijkbaar is met het ontwaken uit de seksuele slaap van Doornroosje.*

8.2 Het zesde zintuig

Omdat het ‘slechts’ gaat om het openen van een zintuig is er bij het mediteren geen ander doel dan mediteren: het met gesloten ogen openen van het innerlijke oog. Het brein als zintuiglijk orgaan werkt zoals andere organen ‘blind’; zo verwerken de longen alle via de neus ingeademde lucht, vervuild of niet. Zintuigen selecteren niet, maar nemen op wat er zich aan hen voorbijtrekt, zo ook het brein c.q. innerlijk oog. Gelijk een camera registreert en integreert het brein informatie die via de vijf zintuigen het lichaam binnenkomen: gedachten, herinneringen, fantasieën en combinaties hiervan. Terwijl een camera beelden maakt van de buitenwereld door middel van lichtstralen, maakt het brein mentale beelden door middel van cellen. Weldra tegelijkertijd neemt het brein als zesde zintuig deze waar en herkent de afkomst: uit het heden en/of uit het geheugen. Meditatie behelst het louter gewaar zijn van wat zich van-nu-tot-nu in de waarneming voordoet en

²³ Kwee, M.G.T. & Holdstock, T.L. (Eds.).(1996). *Western and Buddhist Psychology: Clinical Perspectives*. Delft: Eburon.

het herkennen van (niet zintuiglijke) belevingen. Met een geopend zesde zintuig vindt non-verbaal waarnemen en sensorisch observeren plaats; voorbijtrekkende mentale beelden worden op neutrale wijze benoemd (b.v. dit is fantasie of dit is pijn). *Zodoende bezieet men de dingen zoals ze werkelijk zijn, telkens weer opnieuw als ware het de eerste keer en wordt de weg gebaad voor een gezond biopsychosociaal leven.*

8.3 Geboortepijn is onvermijdelijk, lijden is een keuze

Criterium om wat aan de angst of angststoornis iets doen is de lijdensdruk. Lijden hoeft niet als men goed geïnformeerd is en de therapeutische, medicamenteuze en meditatieve methoden van omgaan met de geest kan integreren. Terwijl meditatie als een innerlijke wijze met angst om te gaan wellicht afdoende is bij afwezigheid van een stoornis, zal het alleen gewaar zijn van angstig denken/voelen/doen niet voldoende zijn om een stoornis weg te krijgen. Bij stoornissen is het dikwijls nodig cognitieve gedragtherapie te krijgen in combinatie met een antidepressivum. Door therapie verandert men op actieve wijze denkinhouden plus leert men ernaar handelen om zich van het emotionele lijden te bevrijden. De gestoorde werking van het brein kan ook zelf worden geboetseerd door de aandacht bewust te verleggen naar acceptatie en in te zien dat de versnellingsbak die denken-voelen-doen reguleert is vastgelopen. Door het denken te kneden verwerft men intellectueel inzicht over wat nodig is om van angst af te komen. Dan handelt men ernaar totdat emotioneel inzicht aangeeft dat het voelen zich er naar heeft gevoegd: ‘het voelt goed’. Dit proces houdt in dat men dwars door een hellevuur gaat, maar uiteindelijk wel als een feniks uit de as herrijst. *Zo vindt er een wedergeboorte plaats in het hiernumaals van een nieuwe mens die vrij is van angst en optimaal functioneert, thuis en op het werk.*