

Overzichtsartikel

De behandeling van stikfobie: een op de verwerking van de traumatische ervaring gerichte benadering

door A. de Jongh en E. ten Broeke

Samenvatting

Stikfobie (Eng.: 'choking phobia') wordt gekenmerkt door vrees voor en vermindering van het nuttigen van vast of vloeibaar voedsel. De klachten ontstaan meestal na een gebeurtenis waarbij de persoon zich ernstig verslikt. Dit artikel geeft een kort overzicht van de literatuur, relevante medische en psychiatrische differentiaaldiagnostiek en de behandelingsmogelijkheden van stikfobie. Daarnaast wordt de behandeling beschreven van een 30-jarige vrouw die een stikfobie ontwikkelde na een traumatische ervaring in een ziekenhuis. De behandeling was gericht op de verwerking van deze gebeurtenis. Besproken wordt waarom een dergelijke aanpak, ook bij fobieën, zinvol kan zijn.

Inleiding

Het meemaken van een extreem bedreigende situatie kan het ontstaan van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS; DSM-IV, APA 1994) tot gevolg hebben. Tot de kenmerkende symptomen van een PTSS behoren oncontroleerbare herbelevingen van de gebeurtenis, een sterk verhoogde arousal en vermijdingsreacties. Soms beperken de gevolgen van een traumatische gebeurtenis zich vooral tot angstige vermindering van de met de gebeurtenis verbonden stimuli. Voorbeelden hiervan zijn het niet meer durven besturen van auto's na een ernstig verkeersongeval (Kuch 1997) en het ontlopen van noodzakelijke tandheelkundige hulp na een uiterst pijnlijke ingreep (De Jongh e.a. 1995a). In dergelijke gevallen spreekt men van een specifieke fobie (DSM-IV, APA 1994).

Een voorbeeld van een specifieke fobie die doorgaans het gevolg is van een schokkende en soms levensbedreigende ervaring, maar waarbij (per definitie) geen sprake is van kenmerkende PTSS-symptomatologie, is stikfobie, een ernstige vrees om te stikken. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van relevante psychiatrische en medische differentiaaldiagnostiek en behandelingsmogelijkheden van deze fobische stoornis. Specifieke aandacht wordt besteed aan de indicatiestelling voor psychotherapeutische behandeling. Betoogd wordt dat het zinvol kan

zijn, in plaats van een conventionele behandelplan (exposure *in vivo*), te kiezen voor een benadering waarbij de verwerking van de als traumatisch gepercipieerde gebeurtenis centraal staat. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van de behandeling van een patiënte met een stikfobie, die ontstond als complicatie van een medische behandeling.

Symptomatologie en differentiaaldiagnostiek

Stik- of slikfobie valt volgens het DSM-IV-classificatiesysteem onder de categorie specifieke fobieën met als subtypering 'overig' (Eng.: 'other type'). Er is sprake van een specifieke fobie indien (1) angst wordt opgewekt door een beperkte set van specifieke stimuli, (2) blootstelling aan deze stimuli onmiddellijk angst oproept, en (3) de angst, of het vermijdingsgedrag, duidelijk lijden veroorzaakt of interfereert met het dagelijks functioneren. In tegenstelling tot een aantal andere typen fobieën wordt er weinig over stikfobie gepubliceerd. Epidemiologische gegevens ontbreken, terwijl onderzoek van de literatuur niet meer dan 25 gevalsbeschrijvingen oplevert (McNally 1994). Uit deze gegevens komt naar voren dat stikfobie vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. De klachten ontstaan meestal na een gebeurtenis waarbij de persoon zich ernstig verslikt, bijvoorbeeld tijdens een maaltijd. Een extreme angst om te stikken leidt er doorgaans toe dat het innemen van voedsel, dranken of pillen sterk wordt beperkt of wordt vermeden. Meestal gaat het om vast voedsel en beperkt de stikfobicus zich tot het nuttigen van yoghurt of ijs. Angst voor alleen vloeibaar voedsel komt vrijwel niet voor (Öst 1992). De (sociale) consequenties van stikfobie moeten niet worden onderschat. Zo kan stikfobie ernstig gewichtsverlies tot gevolg hebben. Verder kan vrees dat anderen het probleem ontdekken ertoe leiden dat het samen met anderen nuttigen van voedsel zoveel mogelijk uit de weg wordt gegaan. Het omgekeerde lijkt overigens vaker voor te komen, namelijk dat een persoon niet meer alleen durft te eten vanwege angst dat, indien men zich verslikt, geen hulp kan worden geboden (McNally 1994).

In diagnostische zin laat stikfobie zich goed afbakenen van andere angststoornissen, zoals PTSS, paniekstoornis, obsessieve compulsieve stoornis of sociale fobie. In het geval van PTSS zal er sprake zijn van intrusieve herinneringsbeelden omtrent de gebeurtenis die tot de klachten leidde, maar er is, in tegenstelling tot stikfobie, doorgaans geen sprake van angst om te stikken in de toekomst. Is er sprake van paniekstoornis, dan zal angst om te stikken en dood te gaan zich manifesteren tijdens een paniekaanval en niet uitsluitend tijdens het tot zich nemen van voedsel, zoals bij stikfobie. Ook een bepaalde vorm van obsessieve-compulsieve stoornis kan gelijkenis vertonen met stikfobie. Als voorbeeld geldt controledwang bij een patiënt die vreest dat hij of zij ongemerkt dingen opeet die in het voedsel terecht zijn gekomen of zijn

verstopt (bijvoorbeeld glasscherven). In dat geval zal de patiënt veel tijd steken in het controleren van voedsel op objecten die hierin niet thuis-horen, terwijl het nuttigen van maaltijden op zich geen aanleiding zal geven tot vrees. Voor patiënten met een sociale fobie zal gelden dat tijdens het eten in het bijzijn van anderen vooral schaamte op de voorgrond staat, in plaats van angst om te stikken. Bovendien zullen sociaal fobici in het algemeen weinig problemen ondervinden met eten als ze alleen zijn. Natuurlijk dient stikfobie ook te worden onderscheiden van de waan te zullen stikken in het kader van een psychose.

Naast angststoornissen moeten een aantal klachten worden genoemd die te maken hebben met het (moeilijk) kunnen slikken of nuttigen van voedsel, waaronder extreme kokhalsneigingen, dysfagie (moeilijkheden bij het slikken), globus hystericus (brok in de keel) en voedselafwijzing (voedselaversie). Overigens dient men zich te realiseren dat stikfobie zich kan presenteren als een alleenstaande stoornis, maar er in veel gevallen sprake zal zijn van comorbiditeit. Er zijn aanwijzingen dat bestaande angst- en spanningsklachten de kans op het ontstaan van stik-angst doen toenemen. Zo zou een stikfobie nogal eens voorkomen als complicatie bij een reeds bestaande paniekstoornis of depressie (McNally 1994). Ook somatische aandoeningen (bijv. CARA, hartaandoeningen en kwaadaardige aandoening in het orofaryngeaal- of larynxgebied) kunnen aanleiding zijn tot (een min of meer reële) vrees om te stikken.

Met betrekking tot de differentiaaldiagnostiek van stikfobie dient men op de hoede te zijn voor nog ongediagnosticeerde pathologie van het hoofd-halsgebied. Bij twijfel mag lichamelijk onderzoek derhalve niet ontbreken, vooral indien er sprake is van dysfagie. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen 'hoge slikklachten' (orofaryngeale dysfagie), een bemoeilijkte overgang van spijs of drank uit de mondholte naar de slokdarm, en passagestoornissen verderop in de slokdarm (oesofagale dysfagie). Beide vormen kunnen zowel het gevolg zijn van een vernauwing van de slokdarm zelf, als veroorzaakt worden door druk van buiten op de slokdarm (bijvoorbeeld door een tumor). Zie voor een overzicht van de meest relevante differentiaaldiagnostiek tabel 1.

Behandeling van stikfobie

Daadwerkelijke, graduele en langdurige blootstelling aan de angstwekkende stimuli (*exposure in vivo*) geldt op dit moment als de meest effectieve behandelingsmethode voor specifieke fobieën (zie Emmelkamp e.a. 1989). Bepaalde welomschreven fobietypen (o.a. slangen-, spinnen- en injectiefobieën) blijken zelfs effectief te kunnen worden behandeld in een enkele zitting van een aantal uren, doch vergelijkend onderzoek op het terrein van complexere typen, waaronder stikfobie, is er niet (Öst 1997). Desondanks is het een klinisch gegeven dat de behandeling van de laatste categorie fobieën over het algemeen minder eenvoudig en

Tabel 1: Differentiaaldiagnostiek van stikfobie

Stoornis	Kenmerken	Stikfobie
• Extreme kokhalsreflex	Kokhalsneiging vooral bij aanraking achterin in de mond. Niet noodzakelijkerwijs bang om te zullen stikken.	Angst om te stikken staat op de voorgrond. Meestal geen hypergevoeligheid wat betreft kokhalzen.
• Dysfagie	Moelijkheden met slikken. Doorgaans geen angstreacties.	Angst om te stikken, in plaats van het niet kunnen slikken, staat op de voorgrond.
• Globus hystericus	Gevoel van brok in de keel. Doorgaans geen angstreacties.	Angst om te stikken. De sensatie van een brok in de keel is daarbij niet noodzakelijkerwijs aanwezig.
• Voedsel­fobie	Aversie voor bepaalde soorten voedsel. Gaat gepaard met walging en neiging tot overgeven.	Angst, in plaats van walging en misselijkheid, staat centraal. Niet gekoppeld aan de smaak van bepaalde soorten voedsel.
• Anorexia	Vermijding van voedsel uit vrees om dik te worden. Gewichtsverlies wordt als positief ervaren.	Vermijding van voedsel uit vrees te zullen stikken. Gewichtsverlies wordt als negatief ervaren.
• Paniekstoornis	Idee en sensatie van stikken, tijdens paniekaanval, maar niet uitgelokt door voedsel.	Vrees voor het tot zich nemen van voedsel, drank of pillen.
• Sociale fobie	Vrees om te eten in het bijzijn van anderen.	Mensen in de nabijheid geeft een veiliger gevoel.
• Posttraumatische stress­stoornis	Intrusieve gedachtengang over eerdere gebeurtenis.	Geen intrusies, voornamelijk angst voor situaties die in de toekomst tot stikken kunnen leiden.
• Obsessieve-com­pulsieve stoornis	Angst voor het per ongeluk inslikken van objecten tijdens het eten, waardoor er sprake kan zijn van obsessief controleergedrag.	Angst om te stikken in voedsel zelf staat op de voorgrond

langduriger is. Zo beschrijven Emmelkamp e.a. (1989: 109) een gedragstherapeutische behandeling van een stikfobie die 33 zittingen duurde.

Afgaande op de beschikbare literatuur is er de afgelopen twintig jaar geëxperimenteerd met verschillende soorten interventies. Solyom en

Sookman (1980) beschrijven de behandeling van een 21-jarige man met angst om te stikken in voedsel. Zijn grootste probleem was het wegslikken van speeksel, omdat hij bang was dat anderen in zijn omgeving dat konden horen. Een gedragstherapeutische benadering waarbij de patiënt werd geconfronteerd met eerder opgenomen slikgeluiden, leidde niet tot een vermindering van angst. Na blootstelling aan een versterkte versie van deze geluiden zag hij van verdere behandeling af. Andere, wel effectief gebleken, behandelingsmethoden voor stikfobie die in de literatuur worden genoemd, zijn het uitvoeren van uitgebreide tongoefeningen en het aanbrengen van apparaatjes om de tong naar achteren te drukken (Solyom & Sookman 1980). Ook aversie therapie bleek een werkzame behandelmethodete zijn. Daarbij moet men denken aan het zelf in de hand prikken of het toedienen van elektrische schokken tijdens het kauwen van voedsel en daarmee ophouden na een geslaagde slikpoging (Solyom & Sookman 1980; Ball & Otto 1994).

Ondanks het ontbreken van gerandomiseerd klinisch onderzoek naar de relatieve effectiviteit van interventiemethoden voor stikfobie lijkt een gedragstherapeutische aanpak (exposure *in vivo*) van stikfobie het meest voor de hand te liggen (Emmelkamp e.a. 1989; McNally 1986). De patiënt wordt stapsgewijs blootgesteld aan stimuli die stikangst genereren en dit wordt net zo lang volgehouden totdat de angst daalt. In de praktijk komt het erop neer dat de patiënt geleidelijk leert voedsel te accepteren. Eerst wordt geoefend met minder bedreigende soorten voedsel (bijvoorbeeld witbrood) en, indien dit succesvol verloopt, met voedsel waarvoor meer vrees bestaat, bijvoorbeeld slijmerig of draderig voedsel zoals spinazie of sinaasappels. Exposure *in vivo* kan worden ondersteund door andere, werkzaam gebleken, interventies, waaronder cognitieve therapie (het uitvoeren van zogenaamde gedragsexperimenten met de bedoeling om de geloofwaardigheid van irrationele en disfunctionele cognities omtrent het stikken bij te stellen; bijvoorbeeld Öst 1992), een medicamenteuze aanpak (o.a. alprazolam (2-4 mg/d); bijvoorbeeld Greenberg e.a. 1988) en combinaties van eerder genoemde behandelstrategieën (o.a. McNally 1994).

De stikfobie van mevrouw De Groot

Mevrouw De Groot is een dertigjarige vrouw met een vijf jaar bestaande angst om te stikken. Deze angst is ontstaan na een kaak(correctie)operatie (osteotomie) in november 1989. Zij heeft in de periode na de operatie in het ziekenhuis, waarbij gedurende zes weken haar kaken met ijzerdraad op elkaar waren gefixeerd, een aantal ingrijpende situaties meegemaakt. De meest schokkende ervaring vond plaats op de intensive care-afdeling toen vocht uit haar longen moest worden gezogen. Hierbij ervoer ze een enorme misselijkheid en een gevoel te stikken. Ze raakte in paniek, hetgeen werd verergerd door de hulpe-

loze positie van de op elkaar bevestigde kaken. Ze heeft de slang er in paniek zelf uitgetrokken. In de nacht erna heeft ze de verpleging gealarmeerd omdat een man in het bed naast haar bijna stikte, terwijl ze in dezelfde nacht moest toezien hoe een andere patiënt werd gereanimeerd. Toen ze twee maanden na de ingreep nog steeds last had van haar kaak, is ze teruggegaan naar de kaakchirurg die de operatie had uitgevoerd. Die vertelde haar dat het bot was dat nog moest vastgroeien. Na aanhoudende klachten constateerde een andere kaakchirurg, anderhalf jaar later, dat er een stuk boor in het operatiegebied was achtergebleven, hetgeen later onder narcose operatief moest worden verwijderd.

Na het ontslag uit het ziekenhuis is mevrouw De Groot voorzichtig gaan eten, maar verwacht ze voortdurend dat er iets in de keel schiet en dat ze als gevolg daarvan zal stikken. Dit is een probleem, want er zal een uitgebreide (orthodontische) nabehandeling aan haar gebit moeten plaatsvinden om de stand van tanden en kiezen aan te passen aan de nieuwe situatie. Hiervoor moeten gebitsafdrukken worden gemaakt, hetgeen de patiënt vanwege haar stikangst als een onmogelijke opgave beschouwt. Een poging van een orthodontist om op hardhandige wijze toch afdrukken te maken mislukte, waardoor de angst verder is toegenomen. Daarna zag ze van verdere behandeling af. Mevrouw De Groot heeft een verleden met veel spanninggerelateerde klachten: migraine, psoriasis en hyperventilatie. Na de geboorte van haar dochter verhevigden de hyperventilatieklachten zich tot heftige paniekaanvallen, welke werden gediagnosticeerd als verschijnselen behorend bij een post-partumdepressie. Ze heeft hiervoor gesprekstherapie gehad, anxiolytica en antidepressiva gebruikt, maar de klachten zijn nooit helemaal verdwenen.

Na de geschiedenis in het ziekenhuis verwijst de tandarts van mevrouw De Groot haar door naar een psychotherapeut. Deze meent dat hier ontdekkende psychotherapie geïndiceerd is en dat de stikfobie 'een symptoom is van angst om uit handen te moeten geven'. Zij wordt hiervoor verwezen naar een psychiater. Deze verwijst haar door naar een kaakchirurg, en die weer naar een RIAGG. Hier wordt de diagnose 'paniekstoornis met agorafobie met als complicatie extreme angst om te zullen stikken' gesteld. De psychiater die de intake doet, stelt 'een steunend/structurende behandeling op analytische lijnen met inzichtgevende momenten' voor. Echter, de therapeut die geacht wordt dit uit te voeren, verwijst de patient opnieuw door, nu naar de eerste auteur.

De Klachtenlijst (SCL-90; Arrindell & Ettema 1986; normgroep 2) vertoont zeer hoge scores op de dimensies 'angst', 'agorafobie' en 'wantrouwen'. Deze vragenlijst werd door de diverse hulpverleners afgenomen, met tussenpozen van telkens ongeveer vier maanden. De SCL-90-totaal (= psychoneuroticisme) scores lieten over deze periode een vrij stabiel beeld zien (respectievelijk: 197, 173 en 196) en vallen in de categorie 'hoog'. De scores op de Personality Disorder Question-

naire (PDQ-R; Hyler e.a. 1982) geven geen aanleiding te veronderstellen dat er sprake is van ernstige persoonlijkheidspathologie (totaalscore = 32). Verder heeft mevrouw De Groot een extreem hoge (20 = maximale) score op de Dental Anxiety Scale (DAS; Corah 1969), een maat voor angst voor de tandheelkundige behandeling. Het item over stikken ('Ik stik tijdens de behandeling') op de Dental Cognitions Questionnaire (DCQ; De Jongh e.a. 1995b) werd als 100% geloofwaardig gescoord. Er zijn geen intrusies omtrent de gebeurtenissen in het ziekenhuis, maar als haar wordt gevraagd aan deze situaties terug te denken, roepen de herinneringen aan het bijna stikken en het reanimeren van de patiënt nog steeds extreem veel spanning op. Op een schaal van 0 tot 10 wordt door de patiënt een spanningsniveau van 10 aangegeven. Mevrouw De Groot is goed gemotiveerd voor behandeling; de lijdensdruk is hoog. Haar hulpvraag is de angst zodanig onder controle te krijgen dat zij in staat is de noodzakelijke tandheelkundige behandelingen te ondergaan.

Indicatiestelling: exposure *in vivo* versus een op de verwerking van de traumatische gebeurtenis gerichte benadering

Ofschoon exposure *in vivo*, wat betreft de behandeling van specifieke fobieën, kan rekenen op de meest uitgebreide empirische ondersteuning, is het de vraag of dit ook de meest aangewezen aanpak is om de stikfobielachten van mevrouw De Groot te behandelen. De argumenten hiervoor zijn voornamelijk van theoretische aard en hebben te maken met het leertheoretische principe 'klassieke conditionering'. Volgens dit principe lokt een oorspronkelijk neutrale stimulus (CS, geconditioneerde stimulus), die bij herhaling in tijd samenvalt met een stimulus die van nature een reactie uitlokt (UCS, ongeconditioneerde en intrinsiek aversieve stimulus) na verloop van tijd een gelijksoortige reactie (CR, geconditioneerde respons) uit. In moderne, cognitief georiënteerde, leertheoretische modellen (zie voor een overzicht Davey 1997) wordt klassieke conditionering echter niet langer opgevat als een reflexmatig verlopende stimulus-responskoppeling, maar wordt ervan uitgegaan dat een confrontatie met de CS een in het geheugen opgeslagen cognitieve representatie oproept. Dit zogenaamde UCS/UCR-complex wordt geacht te bestaan uit een combinatie van stimulusproposities (bijvoorbeeld beelden of de geur van voedsel), responsproposities (bijvoorbeeld het gevoel te stikken) en betekenisproposities (bijvoorbeeld: 'Ik ga dood'). De evaluatie van dit UCS/UCR-complex bepaalt het al dan niet optreden van de CR. Dat wil zeggen: indien de UCS niet of nauwelijks negatief wordt geëvalueerd, zal er geen CR (bijvoorbeeld angst en vermijdingsgedrag) optreden. Wordt de UCS negatief geëvalueerd, dan gebeurt dit wel.

Volgens sommige auteurs (bijvoorbeeld Korrelboom & Kernkamp 1993) kan het voor de keuze van de interventie belangrijk zijn om onderscheid te maken tussen verschillen in de aard van de relatie tussen de CS en de UCS/UCR-representatie. Eén mogelijkheid is dat het optreden van de CS ('voedsel') als het ware het optreden van de UCS (stikken) voorspelt, waardoor angst- en vermijdingsreacties ontstaan (CR). In dat geval is er sprake van een *verwachtingsrelatie* ('als dan') en is het deze verwachting die wordt ervaren als angst. We spreken dan van een *sequentieel verband* tussen de CS en het UCS/UCR-complex, waarvoor graduele *in vivo*-exposure aan de CS wordt geacht hiervoor de meest doelmatige interventie te zijn (Korrelboom & Kernkamp 1993, 1996). De stikfobicus neemt voedsel tot zich, zonder dat het gevreesde stikken optreedt. Na meerdere van deze exposures zal de opvatting 'eten leidt tot stikken' langzamerhand veranderen in 'eten leidt vrijwel nooit tot stikken'. Bij de behandeling van monosymptomatische fobieën blijkt deze aanpak (CS-exposure) bijzonder effectief te zijn (zie Öst 1997). Anders is het indien de CS overwegend de herinnering aan een UCS/UCR activeert: het één wordt opgeroepen door het ander. We spreken in dit geval van een *referentieel* verband (Korrelboom & Kernkamp 1993). Dit mechanisme zou een belangrijke rol spelen bij PTSS, maar ook bij andere aan trauma gerelateerde angststoornissen (zie in dit verband ook Foa en Kozak's (1986) theorie over 'fear memory networks'). In het voorbeeld van de stikfobie van mevrouw De Groot betekent dit dat, wanneer zij bijvoorbeeld wordt geconfronteerd met een afdruklepel bij de tandarts (CS), ineens de cognitieve representatie van de schokkende ziekenhuiservaringen (UCS/UCR) wordt geactiveerd, inclusief de daarbij behorende gevoelens van angst. De handeling van de tandarts leidt tot het opnieuw herbeleven van de ziekenhuisgebeurtenissen, en de cognitieve representatie ervan leidt tot de CR. Volgens Korrelboom & Kernkamp (1993, 1996) heeft dit consequenties voor de therapeutische werkwijze. De CS aanbieden, zoals bij exposure *in vivo*, heeft geen zin (Davey 1988). Immers, bij een referentieel geconditioneerd verband zal het namelijk nagenoeg onmogelijk zijn om de patiënt bloot te stellen aan de CS'en zonder dat de cognitieve representatie van de UCS/UCR wordt opgeroepen. De behandeling zou zich daarom in de eerste plaats moeten richten op het beïnvloeden van de betekenis van de cognitieve representatie zelf, ofwel het verwerken van de traumatische herinneringen aan het gebeuren. Het is aannemelijk dat in het geval van mevrouw De Groot sprake is van een *referentieel* geconditioneerde associatie tussen 'happen' en eten (CS) enerzijds en het bijna-stikken in het ziekenhuis (UCS/UCR) anderzijds. Het feit dat er in haar onmiddellijke nabijheid in het ziekenhuis iemand stierf, kan worden gezien als een zogenaamde UCS-inflatie (Davey 1992): de stikreactie verkrijgt een emotioneel veel heftigere betekenis, namelijk die van doodgaan.

Er is dus veel voor te zeggen om bij de behandeling van de stikfobie van mevrouw De Groot te kiezen voor een benadering gericht op her-evaluatie van de UCS-representatie; dat wil zeggen: verwerking van de traumatische ervaring die aan de stikfobie ten grondslag ligt. Hiertoe staan de clinicus verscheidene behandelingsmogelijkheden ten dienste. Voorbeelden zijn: imaginaire exposure (Foa & Kozak 1986), contra-conditionering (Korrelboom & Kernkamp 1993), schrijfpoddrachten (Schoutrop & Lange 1997) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; De Jongh & Ten Broeke 1996). Op grond van een overzicht van gecontroleerde studies naar psychotherapie bij de behandeling van PTSS kwamen Ten Broeke e.a. (1997) recentelijk tot de conclusie dat voor imaginaire exposure (IE), zoals 'flooding', en EMDR de meeste wetenschappelijke ondersteuning bestaat (zie ook Rothbaum 1997; Van Etten & Taylor, in druk). Volgens deze auteurs heeft EMDR een aantal klinisch relevante voordelen boven IE, waaronder de snelheid waarmee effecten kunnen worden bereikt en de geringere belasting voor patiënt en therapeut. In het kort komt EMDR erop neer dat de therapeut bij de patiënt snelle ritmische oogbewegingen induceert, terwijl deze de traumatische herinnering in gedachten neemt. Na elke serie oogbewegingen volgt een korte pauze waarin de patiënt rapporteert wat er bij hem of haar opkomt. Deze gang van zaken wordt zo lang herhaald totdat de traumatische herinnering als minder angstwekkend wordt ervaren. Bovendien wordt getracht om cognitieve veranderingen te bewerkstelligen. Dat wil zeggen: de patiënt wordt geholpen om negatieve, disfunctionele cognities (NC) over zichzelf ten aanzien van de akeelige gebeurtenis te veranderen in een positieve, meer functionele opvatting (PC). Voor een meer uitgebreide beschrijving van deze procedure zij verwezen naar De Jongh en Ten Broeke (1996).

Behandeling van mevrouw De Groot

Gelet op de genoemde voordelen werd in het geval van mevrouw De Groot gekozen voor het verwerken van haar herinneringen aan het ziekenhuis middels EMDR. Tijdens de taxatiezitting werd de meest aversieve herinnering als uitgangspunt van de behandeling genomen: het manipuleren met de slang, in combinatie met de gefixeerde positie van de kaken en de angst om dood te gaan. Als NC behorend bij deze situatie formuleert de patiënt 'Ik ben een hulpeloos en labiel persoon', als PC 'Ik ben sterk'. De geloofwaardigheid van de laatste cognitie wordt geschat als 2 op een schaal lopend van 1 (= voelt erg ongeloofwaardig aan) tot 7 (= voelt zeer geloofwaardig aan). Tijdens de eerste behandelzitting volgen de beelden en de lichamelijke reacties elkaar in snel tempo op. Mevrouw De Groot ervaart een sterk gevoel te stikken en er volgt een hevige paniecreactie. Tijdens de tweede zitting twee weken later is mevrouw De Groot veel rustiger. Ze zegt te hebben be-

merkt dat de eerste behandeling een gunstig effect op haar klachten heeft gehad. Bij het in gedachten oproepen van de herinneringen aan het ziekenhuis blijkt de spanning zelfs in zijn geheel te zijn verdwenen. De geloofwaardigheid van de PC ('Ik ben sterk') is inmiddels tot 4 opgelopen. De rest van de zitting wordt besteed aan EMDR, gericht op het verder verhogen van de geloofwaardigheid van de positieve cognitie ('Ik ben sterk'). Deze blijkt na afloop 6 te zijn geworden. In een volgende zitting worden gebitsafdrukken genomen, zonder dat de patiënt daarbij veel angst ervaart. Ook de angst voor stikken tijdens het tot zich nemen van voedsel is verdwenen. De SCL-90 laat geen hoge subschaalscores meer zien. De psychoneuroticismescore is 125 (gemiddeld). Een drie maanden later afgenomen SCL-90 suggereert dat de klachten verder zijn afgenomen: 114 (beneden gemiddeld). De score op de Dental Anxiety Scale is 7 (laag), terwijl de geloofwaardigheid van de cognitie 'Ik stik tijdens de behandeling' van 100% naar 0% is gegaan.

Beschouwing

Er is betrekkelijk veel onderzoek dat de toepassing van (graduele) exposure *in vivo* bij specifieke fobieën ondersteunt. Men dient zich echter te realiseren dat de empirische evidentie voor exposure *in vivo* als 'treatment of choice' voor specifieke fobieën vrijwel geheel is gebaseerd op onderzoek bij fobieën waarbij in de etiologie zelden een traumatische ervaring wordt geconstateerd (o.a. hoogtevrees, spinnenfobie, slangenfobie). Gecontroleerde studies naar de behandeling van aan trauma geassocieerde fobieën, zoals stikfobie, ontbreken geheel (Öst 1997).

In onderhavig artikel werd getracht aannemelijk te maken dat, indien er sprake is van een *referentiële* samenhang tussen CS en UCS, een aanpak die gebaseerd is op verwerking van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis, succesvol zou kunnen zijn. De hier gepresenteerde gevalbeschrijving ondersteunt deze redenering. Uitgaande van het feit dat de fobische klachten reeds vijf jaar bestonden, verliep de behandeling vlot en waren de veranderingen robuust. Dit is opmerkelijk daar de patiënt een lang traject van verwijzingen door en naar verschillende hulpverleners had afgelegd zonder dat de psychotraumacomponent in de etiologie van de klacht therapeutisch werd aangepakt, of zelfs maar werd opgemerkt. De therapie kon worden beëindigd toen de herinneringen aan de gebeurtenissen in het ziekenhuis bij de patiënt in het geheel geen spanning meer oproepen, de positieve gedachtengang over deze gebeurtenis in de beleving van de patiënt als zeer geloofwaardig aanvoelde, en het haar zonder veel angst of moeite lukte om gebitsafdrukken te laten vervaardigen. De interventie gericht op beïnvloeding van de angst om te stikken bleek ook een generaliserend effect op andere klachtengebieden te hebben, waaronder het op normale wijze tot zich nemen van voedsel. Deze verbeteringen werden ondersteund door

de scores op gevalideerde vragenlijsten. De veranderingen bleken ook na drie maanden stabiel, zodat ook de verdere rehabilitatie van het gebit ter hand kon worden genomen.

In deze bijdrage werd een behandeling van stikfobie beschreven waarbij de verwerking van de als traumatisch gepercipieerde gebeurtenis centraal stond. Mogelijk heeft een dergelijke aanpak niet alleen betekenis voor de behandeling van PTSS, maar ook voor die van fobieën waarvan kan worden vastgesteld dat schokkende gebeurtenissen in het verleden in etiologische zin een belangrijke rol hebben gespeeld. Ofschon op theoretische gronden verdedigbaar, zal door gecontroleerd onderzoek moeten worden vastgesteld of deze werkwijze ook empirisch kan worden onderbouwd.

Summary: The treatment of choking phobia: An approach based on the processing of traumatic memories

Choking phobia is characterized by fear and avoidance of swallowing foods and liquids. It often develops following an episode of choking on food. This paper shortly reviews the literature on choking phobia, medical and psychiatric differential diagnosis, as well as possible treatment approaches to choking phobia. A case of a 30-year-old woman with a phobia on choking, which she acquired after a traumatic incident during her stay at a hospital 5 years before, demonstrates the possibility of reprocessing the traumatic memories of the event that caused the dysfunction. It is discussed why such an approach can be useful.

Literatuur

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ball, S.G., & Otto, M.W., Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychotherapy and Psychosomatics, 25*, 207-211.
- Broeke, E. ten, e.a. (1997). Psychotherapie bij posttraumatische stress stoornis (PTSS): de stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 23*, 305-328.
- Corah, N.L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research, 48*, 596.
- Davey, G.C.L. (1988). Integrating contemporary models of animal and human conditioning: Implications for behaviour therapy. In P.M.G. Emmelkamp e.a. (red.), *Advances in theory and practice in behaviour therapy* (pp. 37-43). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Davey, G.C.L. (1997). A conditioning model of phobias. In G.C.L. Davey (red.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301-322). New York: Wiley & Sons.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T., & Scholing H.A. (1989). *Angst, fobieën en dwang: Diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Etten, M. van, & Taylor, S. (in press). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective

- information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Greenberg, D.B., Stern, T.A., & Weilburg, J.B. (1988). The fear of choking: Three successfully treated cases. *Psychosomatics*, 29, 126-129.
- Hyler, S., Reider, R., & Spitzer, R. (1982). *Personality diagnostic questionnaire (PDQ)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Jongh, A. de, e.a. (1995a). Acquisition and maintenance of dental anxiety: The role of aversive experiences and cognitive factors. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 205-210.
- Jongh, A. de, e.a. (1995b). Negative cognitions of dental phobics: Reliability and validity of the Dental Cognitions Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 507-515.
- Jongh, A. de, & ten Broeke, E. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): een procedure voor de behandeling van aan trauma gerelateerde angst. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 93-114.
- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, J.H.B. (1996). Over standaardbehandelingen en de praktische waarde van referentiële associaties. *Gedragstherapie*, 29, 253-266.
- Kuch, K. (1997). Accident phobia. In G.C.L. Davey (red.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 153-162). New York: Wiley & Sons.
- McNally, R.J. (1986). Behavioral treatment of a choking phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 185-188.
- McNally, R.J. (1994). Choking phobia: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 83-89.
- Öst, L.G. (1992). Cognitive therapy in a case of choking phobia. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 79-84.
- Öst, L.G. (1997). Rapid treatment of specific phobias. In G.C.L. Davey (red.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 227-246). New York: Wiley & Sons.
- Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Schoutrop, M., & Lange, A. (1997). Gestructureerd schrijven over schokkende ervaringen: resultaten en werkzame mechanismen. *Directieve Therapie*, 2, 77-96.
- Solyom, L., & Sookman, D. (1980). Fear of choking and its treatment: A behavioural approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 30-34.

A. de Jongh is als psycholoog verbonden aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en het Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma te Bilthoven. E. ten Broeke is als klinisch psycholoog en psychotherapeut werkzaam bij Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma te Bilthoven. Correspondentieadres: dr. A. de Jongh, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-3-1998.