

Redactioneel

Psychodynamische psychotherapie en paniekstoornis

Veertig jaar geleden was het ondenkbaar dat in een artikel over angst niet verwezen werd naar de psychoanalytische theorie. De tijden veranderen. Sinds de 'National Institute of Mental Health Consensus Conference on Treatment of Panic Disorder' bestaat de behandeling van de paniekstoornis uit farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie of een combinatie van beide (Kaplan en Sadock 1995). Psychodynamisch georiënteerde behandelingen zijn volgens de consensusconferentie nuttig als aanvulling doch worden niet langer beschouwd als de primaire of exclusieve behandelingsvorm. Als argument wordt aangehaald dat de psychoanalytische methode geen gecontroleerde studies kan voorleggen die de effectiviteit aantonen. In het handboek van Kaplan en Sadock worden alleen de freudiaanse angstmodellen genoemd en wekt men de indruk dat er sinds Freud niets wezenlijks is toegevoegd aan de psychoanalytische angsttheorie. Dit is een verrassend gegeven. Anderzijds constateren we de laatste jaren een groeiende integratie van psychoanalytische inzichten in de psychiatrische behandeling van de paniekstoornis. In dit verband wil ik het werk van Shear en Milrod onder de aandacht brengen.

Shear en Weiner (1997) erkennen de waarde van cognitieve gedragstherapie en medicatie bij het helpen opbouwen van een controlegevoel over benauwende panieksymptomen. Toch zijn er patiënten die zich verzetten tegen gestructureerde therapieën met huiswerkopdrachten. Sommige patiënten reageren niet op exposurebehandeling; andere komen niet tot ontspanning via relaxatieprocedures. Het probleem van de gebrekkige compliance in verband met psychofarmaca is voldoende bekend. Symptoomgerichte behandelingen hebben dikwijls onvoldoende oog voor de persoonlijkheidspathologie waarin een paniekstoornis verankerd ligt. Zelfs na succesvolle symptoomgerichte behandeling krijgen we te maken met aanzienlijke recidiefkans en daaropvolgende chroniciteit. Dit maakt noodzakelijk dat we in het kader van een langetermijn-

begeleiding van de paniekpatiënt nog andere therapeutische inspiratiebronnen kunnen aanboren.

De psychoanalytische invalshoek levert een therapeutische bijdrage, niet alleen aan de specifiek geïndiceerde patiënt die een psychoanalytische behandeling zoekt, maar ook aan de refractaire paniekpatiënt. Het psychoanalytisch denken heeft in de loop der jaren een aantal interessante hypothesen voortgebracht die empirisch getoetst moeten worden. Zonder volledigheid te betrachten wil ik er een aantal opnoemen.

1. Paniek is het gevolg van een snelle accumulatie van driftspanning (agressief of seksueel) die niet kan afvloeien (eerste angsttheorie van Freud).

2. Paniek is het gevolg van het tekortschieten van de signaalfunctie van angst. De persoon wordt overweldigd door traumatische opwindingsdie van buitenaf of van binnenuit komt. De afweer schiet tekort. Het individu valt ten prooi aan pijnlijke massale spanningen die niet meer kunnen worden gebonden, benoemd, gekanaliseerd of ten opzichte van andere gevoelens gedifferentieerd (tweede angsttheorie van Freud).

3. Angst is de reactie op het innerlijk gevaar dat teweeggebracht wordt door de werkzaamheid van de doodsdrijf (M. Klein).

4. Paniek ontstaat wanneer een interne of externe gebeurtenis de specifieke neurotische trends van de persoon abrupt aan het wankelen brengt. Paniek is het gevolg van de interferentie tussen een trigger met een specifieke onbewuste betekenis en een breuklijn in de persoonlijkheidsstructuur (Horney).

5. Er is een relatie tussen paniekstoornis en gebrekkige zelfwaarde-regulatie (Sullivan, Kohut). Het optreden van een paniekaanval is te begrijpen vanuit een plots empathisch tekortschieten van een persoon die de functie vervult van zelfobject. Een paniekaanval wijst op een onvoldoende cohesief zelf dat acuut geconfronteerd wordt met het falen of verdwijnen van empathische zelfobjecten.

6. Bij paniekpatiënten is het veiligheidsgevoel chronisch verzwakt, als gevolg van een onveilige hechting aan de eerste verzorgers. Het optreden van de paniekstoornis is te begrijpen vanuit de complementariteit van constitutionele karakteristieken en specifieke ontwikkelingservaringen. De paniekstoornis wordt instandgehouden door welbepaalde objectrelatiepatronen, ik-zwakke en immature afweermechanismen. Er is een duidelijke relatie tussen scheidingsangst en paniekstoornis. Paniekpatiënten beschikken over minder transitionaliteit en een gebrekkig vermogen tot symbolisering. Daarnaast zijn er algemene deficits in de regulatie van andere psychobiologische toestanden (Bowly).

7. Het optreden van een paniekaanval in de loop van een behandeling heeft een overdrachtelijke betekenis. De paniekaanval kan wijzen op een gebrekkige capaciteit tot introjectie van de steunbiedende en troostende kwaliteiten van de therapeut. Wanneer deze capaciteit on-

voldoende is, slaagt de patiënt er niet in zichzelf te kalmeren wanneer hij de therapeut moet missen (Adler).

8. Paniekpatiënten mislukken in het totstandbrengen van een gebalanceerde, ritmische en aangepaste afwisseling tussen hechting en scheiding. Ze zijn bang voor hun eigen emotionele reacties en de somatische gewaarwordingen die ermee gepaard gaan. Ze zijn niet alleen gevoelig voor scheiding in belangrijke relaties, maar ook voor verstikking. Angst en neurotische trekken vormen risicofactoren voor het optreden van paniekepisoden. Aangeboren angst voor niet-vertrouwde situaties wordt verhoogd door angstig en overcontrolerend oudergedrag. Hierdoor leert men niet hoe conflicten tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid op te lossen (een typisch probleem van paniekpatiënten). Er is een relatie tussen de paniekstoornis en symbiotische problemen. De objectrelaties worden gekarakteriseerd door zwakke representaties van zichzelf en machtige representaties van anderen. Een gebeurtenis die de betekenis draagt van dreigende scheiding of verstikking, activeert fantasieën van alleen zijn, verlaten worden, gevangen raken. Deze negatieve affecten treden vaker en intenser op en worden als bedreigend ervaren. De situaties die deze negatieve affecten oproepen, worden in toenemende mate vermeden, waardoor de persoon minder kans heeft om adaptieve afweer- en copingstrategieën te ontwikkelen (Shear 1993).

Recent is een nieuw type van psychodynamische psychotherapie specifiek voor de paniekstoornis voorgesteld door Milrod en medewerkers (1997). Om het optreden van panieksymptomen te reduceren vraagt men in de eerste plaats naar de omstandigheden en de gevoelens bij het begin van een paniekaanval. De specifieke betekenis van de panieksymptomen wordt geëxploreerd. In een volgende fase komen de conflicten rond separatie en onafhankelijkheid aan bod. De wijze waarop omgegaan wordt met woede en met seksuele gevoelens, krijgt eveneens bijzondere aandacht. De therapeut is vooral alert op de wijze waarop deze typische thema's zich in de therapeutische relatie herhalen. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de eindfase van de therapie, omdat dan de problemen rond scheiding en onafhankelijkheid zich het levendigst manifesteren. De therapievorm wordt helder geïllustreerd aan de hand van talrijke voorbeelden. Wie op zoek is naar resultaten van effectiviteitsonderzoek, komt echter niet aan zijn trekken. Dit wordt op korte termijn wel in het vooruitzicht gesteld.

In deze tijd van standaardisering van behandelingsrichtlijnen en consensusconferenties in verband met stoornisspecifieke behandeling wordt het moeilijk om originele ideeën toe te laten. Kunnen we er reeds van uitgaan dat onze bestaande therapieën bij de paniekstoornis ook over langere termijn voldoende effectief zijn? Hebben we niet de neiging om in het bestaan van nosologische entiteiten te gaan geloven? In de praktijk komen ze in zuivere vorm vrijwel niet voor. Een behandeling

moet ook afgestemd worden op de hulpvraag van de patiënt. Een persoonsgerichte, geïndividualiseerde behandeling vergt meer creativiteit dan het voorschrijven van schema's. Hiervoor hebben we inspiratie, tijd en originele ideeën van anderen nodig. Spijtig genoeg moeten de meest originele ideeën eerst een tijd onderduiken alvorens ze een receptief oor en een geschikt moment vinden. Met psychoanalytische opvattingen is dit vrijwel altijd het geval geweest.

Literatuur

- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A., e.a. (1997). *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Shear, M.K., Cooper, A.M., Klerman, G.L., e.a. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 859-866.
- Shear, M.K., & Weiner, K. (1997). Psychotherapy for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, Supplementum 2, 38-45.

M. Hebbrecht