

CS-exposure werkt bij emetofobie

Theo K. Bouman en Wiljo J.P.J. van Hout¹

SAMENVATTING

Emetofobie komt frequent voor, maar wordt vaak niet als zodanig herkend door patiënten en behandelaars. Deze onbekendheid weerspiegelt zich ook in de vooral anekdotische behandelliteratuur. Allerhande interventies zijn gerapporteerd, maar het ontbreekt daarbij aan een expliciete conceptualisatie van de angst voor overgeven. In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de behandelliteratuur en van de technische en conceptuele problemen die daarin voorkomen. Vervolgens wordt emetofobie beschreven vanuit het perspectief van de klassieke en operante conditionering. Aan de hand van een casus illustreren we hoe een behandeling er zou kunnen uitzien. Er wordt beargumenteerd dat exposure en responsprentie zich zouden moeten richten op de voorspellers van braken, in plaats van op het braken zelf. Tenslotte komen de theoretische en praktische implicaties van de hier geschetste opvattingen aan de orde.

INLEIDING

Ondanks dat weinig mensen bekend zijn met de term, is emetofobie een relatief veel voorkomende klacht. Uit recente onderzoeken (Van Hout, Oude Lansink & Bouman, 2005; Lipsitz et al., 2001) bleek dat zo'n 8% van algemene bevolking aangeeft bang te zijn voor overgeven en voor situaties die daarmee te maken hebben. Wanneer deze angst fobische proporties aanneemt, blijkt dat patiënten met overgeefangst bang zijn voor een verscheidenheid aan situaties en deze diengevolge proberen te vermijden. Het is niet zo verwonderlijk dat emetofobie slecht onderkend wordt, omdat bijvoorbeeld het mijden van openbare situaties eerder doet denken aan agorafobie, het mijden van mensen aan sociale fobie, het vermijden van veel voedsel aan anorexia nervosa, en het heel precies om gaan met (het nuttigen van) voedsel aan OCS.

Vaak wordt er onderscheid gemaakt tussen de volgende drie foci, namelijk de angst om zelf over te geven, de angst om anderen te zien overgeven, en de angst om zelf in aanwezigheid van andere mensen over te geven (Van Hout et al., 2005; Veale & Lambrou, 2006). Gedetailleerde navraag bij emetofobische patiënten over hun angst gaf het volgende plaatje. Sommigen gaven aan bang te zijn en de directe confrontatie te mijden met emetofobe stimuli zoals bijvoorbeeld onbekende (exotische), of nog kort houdbare etenswaren uit angst ziek te worden en als consequentie daarvan te gaan overgeven. Anderen rapporteerden met name bang te zijn om via een indirecte weg tot de ultieme catastrofe (zelf overgeven) te komen. Twee wegen zijn vervolgens denkbaar. Door confrontatie met bijvoor-

1. Klinische en Ontwikkelingspsychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen, Correspondentie e-mail: t.k.bouman@rug.nl
Dit artikel is een uitwerking van een lezing gehouden door de eerste auteur op de najaarsconferentie van de VGCT en de VVGT op 11 november 2005 te Veldhoven.

beeld aan buikgriep lijdende mensen kan men besmet worden en vervolgens zelf gaan overgeven. De andere weg is de angst om als reflexmatige reactie te gaan overgeven na confrontatie met overgeevende mensen zoals bijvoorbeeld dronkelappen, kleine kinderen, zieke of hulpbehoevende mensen. Daarnaast zijn sommige emetofoben bang dat andere mensen hen zien overgeven; hierbij is een duidelijke sociale component aanwezig door het publieke karakter van de situatie.

Opvallend is dat misselijkheidsgedoevens vaak gezien worden als de voorbode (voorspeller) voor het op handen zijnde overgeven, zowel bij de emetofoben die met name bang zijn om zelf over te geven als bij hen die met name gefocust zijn op overgeefsignalen bij anderen. Zo kan een bleke, in elkaar gedoken houding bij een medereiziger geïnterpreteerd worden als een teken van buikpijn of griep en als een voorbode van overgeven.

Behandelliteratuur

De behandelliteratuur op het gebied van emetofobie is relatief schaars. Therapeuten moeten hun specifieke kennis over emetofobie op dit moment baseren op een beperkt aantal casestudies. Daarbij is de theoretische onderbouwing voor een behandelaanpak geen object van studie geweest. Vaak wordt aangeraden om patiënten met overgeefangst in vivo bloot te stellen aan (nep) braaksel (door middel van ruiken, zien en voelen) of om het braken op te wekken bij de patiënt. Een wel heel plastische beschrijving is te vinden bij McFayden en Wyness (1983) die een brakende therapeut opvoeren met een pap van romende rijst met minestrone soep in de mond, die naar een bak snelde om zich te ontdoen van de inhoud in het bijzijn van de cliënt. Saillant detail is dat de opzet van deze exposure in eerste instantie anders was; echter *“the therapist was not prepared to put the disgustingly realistic concoction being used to simulate vomit (a mixture of tinned rice, minestrone soup, parmesan cheese, vinegar and sour milk) in his mouth...”* (p.174). De betreffende cliënt knapte trouwens wel op, want zij had na 5 sessies met 10 exposures niet meer de neiging om weg te lopen. Bij Philips (1985) bestond de behandeling uit exposure aan video-opnamen met daarop brakende mensen. Het behoeft nauwelijks betoog dat patiënten tegen deze directe exposure opzien (Bus, 2002; Massop, 2005; Robertson-Nay & Turner, 2002). Ook voor de therapeut ligt angstacquisitie op de loer; het heeft een hele tijd geduurd voordat bovenbeschreven therapeut weer kon genieten van rijstpudding en minestrone soep.

In gevalsbeschrijvingen worden uiteenlopende interventiemethoden beschreven. De Jongh en Ten Broeke (1994) beschrijven sterke klachtenreductie na slechts één sessie met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) waarbij de patiënte zich onder andere situaties van machteloosheid voor de geest haalde. Reinders en Arts (1999) behaalden redelijk succes bij twee overgeefangstigen met een pakket van uiteenlopende cognitief gedragstherapeutische componenten (relaxatie, exposure en het uitdagen van gedachten). Moran en O'Brien (2002) beschrijven een succesvolle toepassing van *competency imagery*, een specifieke vorm van contraconditionering waarin het 11-jarige patiëntje zich met CS-en moest confronteren en zich daarbij situaties moest voorstellen waarin ze zich heel competent en goed voelde.

Theoretische perspectieven

Er is een aardig scala van behandelingen voor emetofobie beschreven zonder dat er een expliciete conceptualisatie van deze klacht bij wordt geleverd. Is het namelijk klinisch wel zo effectief en theoretisch zo doordacht om patiënten bloot te stellen aan de aversieve (overgeef)stimulus? Als we er van uit gaan dat emetofobie door klassieke aversieve conditionering kan ontstaan, kan de redenering als volgt zijn. Een in eerste instantie neutrale stimulus (CS: eten van een pannenkoek in een restaurant) wordt geassocieerd met overgeven (UCS) en dat leidt tot angst (UCR/CR). Die associatie is in veel gevallen door directe eigen ervaring tot stand gekomen (Massop, 2005), maar zij kan even goed via indirect leren (een verhaal van de buurvrouw, het getuige zijn van een braakpartij) zijn verworven. Vervolgens gaan door conditionering van hogere orde en door stimulus-generalisatie allerlei stimuli als voorspeller dienen voor overgeven. Een bijzondere rol speelt misselijkheid die we hier beschouwen als een van de belangrijkste voorspellers.

Wat zou een argument kunnen zijn om braken te beschouwen als de UCS? Welnu, de vraag is of we zouden willen dat iemand went aan braken, net als we ons kunnen afvragen of we zouden willen dat iemand went aan pijn. Zijn dat beide geen omstandigheden waar van nature een negatieve beleving mee geassocieerd is? Als we een parallel trekken met bijvoorbeeld de angst voor de tandarts is de vraag of we iemand zouden willen laten wennen aan pijn in het gebit. Zou de behandeling eruit bestaan om net zolang in iemands gebit te boren (en pijn op te wekken) totdat de patiënt er aan gewend is en er Siberisch onder blijft? Natuurlijk niet, we zouden als doel stellen dat iemand niet meer bang is voor de tandarts (als CS voor de pijn). Hiermee willen we betogen dat blootstelling aan braken niet zinnig is en zelfs tot sensitisering kan leiden.

Wat zijn in dit verband dan wel de CS-en? Op grond van berichten in de literatuur en klinische ervaring menen we dat misselijkheid als voorspeller van braken een grote rol speelt en dus als CS aangemerkt kan worden. We gaan vervolgens uit van de aanname dat in de loop der tijd andere situaties als voorspellers voor misselijkheid zijn gaan fungeren, zoals het eten van bepaald voedsel (zie bijvoorbeeld Bus, 2002), of het aanschouwen van zieke mensen. Op hun beurt (zo nemen we aan) zijn deze CS-en weer hogere orde UCS-en geworden voor (bijvoorbeeld) restaurants (daar nuttig je het gevaarlijke voedsel) en op reis gaan (daar kun je ziek worden door geringe hygiëne). De CS₁ heeft de functie van UCS gekregen voor de CS₂, etcetera. Concluderend stellen we voor om aan de klassiek geconditioneerde kant van emetofobie braken te beschouwen als de oorspronkelijke UCS en de daarmee geassocieerde CS-en op te vatten als producten van conditionering van hogere orde (zie Figuur 1).

Twee opmerkingen zijn hier op zijn plaats. Op de eerste plaats zou men kunnen opwerpen dat overgeven onder bepaalde omstandigheden een andere functie kan hebben, namelijk door als UCR in plaats van als UCS te fungeren. Het kan dan een fysiologische respons (UCR) zijn op bijvoorbeeld de inname van iets smerigs als een levende kakkerlak (UCS). (De vraag is overigens of zo'n kakkerlak 'van nature' smerig is, of dat deze kwalificatie de beperkte culinaire ervaring

van de huidige auteurs verraadt.) Overgeven zou hier dan een gastrointestinaal onderdeel zijn van de optredende walgingsreactie. Hoe het ook zij, de relatie tussen angst, walging en overgeven is een gecompliceerde waarover geen literatuur is, blijkens een zoektocht in PsychInfo met als zoektermen 'anxiety', 'disgust' en 'vomit'.

Figuur 1

Algemeen schema van de klassiek geconditioneerde aspecten van emetofobie.

UCS Overgeven \longrightarrow UCR Angst en walging

CS₁ 'Interoceptieve cue'
Misselijkheid

CS₂ 'Producten'
Braaksel (van anderen)
Specifiek voedsel

CS₃ 'Mensen'
(Verondersteld) zieke mensen, met kans op braken door buikgriep, dronkenschap etc.
Relatie met meer of minder duidelijke braakgerelateerde cues; duidelijk onwel of alleen een vage melding (ook nonverbaal) van zich niet lekker voelen.

CS₄ 'Situaties'
Reizen (ver van huis minder hygiëne, maar ook reisziekte)
Verpleegtehuizen (confrontatie met zieke en zwakke mensen)
Uitgaan (confrontatie met dronken mensen)

Ten tweede: hoewel we in deze beschouwing en in de navolgende casus de nadruk leggen op sequentiële verbanden, zijn er overigens ook referentiële verbanden denkbaar (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Daarbij doet misselijkheid bijvoorbeeld denken aan de bijwerkingen van een chemokuur bij een kankerbehandeling waar iemand ervaring mee heeft of van heeft vernomen. In zo'n geval speelt misselijkheid en braken een rol in een groter associatief netwerk van de UCS/UCR representatie dat gedomineerd wordt door bijvoorbeeld de angst voor kanker en/of de nabije dood. Het ligt voor de hand dat zo'n thema eveneens een plaats moet krijgen in de behandeling die dientengevolge breder is dan de hier geschetste benadering.

Wat betreft de instandhouding van de klacht kunnen we vervolgens gebruik maken van operante principes. In Figuur 2 is te zien dat het probleemgedrag R wordt gevormd door allerhande heel specifieke vermijdings- en veiligheidsge-dragingen die zich voordoen in situaties die als CS in Figuur 1 zijn opgevoerd. De reden dat die R-en blijven voortbestaan, zit hem in de winst op korte termijn (KT), waarbij de patiënt impliciet het verlies van controle op lange termijn (LT) op de koop toeneemt.

Zo beschouwd heeft emetofobie ook een element in zich van de angst voor controleverlies (die niet per se gemedieërd hoeft te zijn door misselijkheid), vergelijkbaar met de angst die sommige agorafobische patiënten hebben voor

controleverlies van de sluitspier van de endeldarm. Maar ook bij onder meer de angst voor flauwvallen, hartkloppingen en blozen zien we dit optreden. De paradox is, dat hoe harder de patiënt probeert om controle over het overgeven te krijgen, hoe meer het overgeven controle over hem krijgt, namelijk door het hele leven te beheersen. Dus controle is het probleem en niet de oplossing (zie ook Eifert & Forsyth, 2005). Met deze overwegingen als uitgangspunt schetsen we aan de hand van de volgende casus een exposure behandeling die theoretisch, praktisch als ethisch verantwoord voorkomt (zie ook Bouman & Van Hout, 2004).

Figuur 2

Algemeen schema van de operante kant van emetofobie.

S _a :	overgeef gerelateerde situaties (C S -en)	
R:	vermijden van of ontsnappen aan overgeefstimuli veiligheidsgedragingen (zoals letten op je lichaam)	
-C-	afname angst en walging	(KT)
-C-	afname kans op publiekelijke afgang en schaamte	(KT)
-C+	afname van bewegingsvrijheid	(KT, LT)
+C+	verwachting / illusie van controle over braken	(KT)
+C-	toename van walgingsgevoeligheid	(LT)
-C+	inperking sociaal leven	(LT)
°C+	geen disconfirmatie van emetofobe cognities	(LT)

CASUS

Ontstaan en verloop van de klachten

Ter illustratie van de behandel mogelijkheden beschrijven we de behandeling van een 23-jarige alleenstaande vrouwelijke cliënte die we Marit zullen noemen. Zij werd door een psycholoog verwezen naar ons ambulatorium met als diagnose 'fobie'. Emetofobie was als diagnose nooit overwogen, noch nagevraagd. Marit vertelt dat het probleem met overgeven was begonnen toen ze op 6-jarige leeftijd onverwacht geconfronteerd werd met haar vader die stond over te geven. Dat maakte veel indruk op haar. Haar eigen ervaringen met overgeven zijn vrij beperkt; ze kan zich desgevraagd maar vijf van dergelijke situaties in haar hele leven herinneren. Door de jaren heen is er een geleidelijke toename van veiligheidsgedrag te constateren. Ze raakt steeds meer bezig met het onder controle houden van allerhande zaken die met de mogelijkheid van overgeven te maken hebben. Vijf jaar voor aanmelding begint de emetofobie een klinisch significante omvang aan te nemen; Marit gaat veel zaken uit de weg (passieve vermijding) en merkt dat het dagelijks leven (haar bezigheden en haar sociale contacten) in het teken staat van het vermijden van overgeefgerelateerde situaties. Ze let sterk op lichamelijke gewaarwordingen die zouden kunnen duiden op misselijkheid en mogelijk op overgeven (veiligheidssignalen). Ook controleert ze vrijwel alle voedsel op kleur, geur en uiterste houdbaarheidsdatum (subtiel vermijdings-

gedrag). In de loop van de tijd is ze zich steeds minder op haar gemak gaan voelen bij ongezonder uitziende mensen en gaat om die reden nauwelijks (of alleen met tegenzin) meer uit met vriendinnen. Reizen met het openbaar vervoer is een probleem omdat ze bang is dat ze wagenziek wordt, maar vooral omdat ze bang is dat ze er getuige van zal zijn dat anderen zoiets overkomt en gaan overgeven. Opvallend genoeg kan Marit deze hinder in het dagelijks leven goed beschrijven en kan ze ook duidelijk aangeven om welke reden ze moeite heeft met veel situaties.

Rationale en assessment

Als eerste stap legt de therapeute uit dat Marits symptomen samen te vatten zijn onder de noemer van emetofobie. Dit is nieuwe informatie voor haar en die heeft een wat ambivalente uitwerking. Deels is het een opluchting dat het beestje een naampje heeft; anderszins vraagt ze zich af of zo'n klacht, waar je nooit over hoort, eigenlijk wel te behandelen is. Vervolgens schetst de therapeute Marit een operante kijk op haar emetofobie. Zij geeft aan dat allerlei gedragingen verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor het blijven voortbestaan van de klachten. Op de korte termijn zorgen vermijding en ontsnapping (en veiligheidsgedrag in het algemeen) ervoor dat ze de angst onder controle houdt. Ook houdt ze zo de illusie in stand dat ze juist door die voorzorgsmaatregelen niet hoeft overgeven. Op de langere termijn evenwel is een van grootste gevolgen dat ze, naast de beperking in haar bewegingsvrijheid, enorm gepreoccupeerd blijft met overgeven, omdat haar hele leven erom draait. Ook zorgt al het veiligheidsgedrag ervoor dat ze haar catastrofale cognities rondom het braken niet kan corrigeren, wat op zijn beurt weer een grote instandhoudende factor is. Een belangrijke stap is daarom het afbouwen van het veiligheidsgedrag en derhalve volgt een gedetailleerde uitleg over de bedoeling en de aanpak van CS-exposure. De hoofdlijn is het opzoeken van situaties waarin ze zich (nu nog) angstig voelt en daarbij het nalaten van haar veiligheidsmaatregelen. Daarbij zal ze leren dat een CS geen goede voorspeller is van overgeven. Tot Marit haar opluchting legt de therapeut ook uit dat het niet de bedoeling is dat ze daadwerkelijk met overgeven geconfronteerd gaat worden. Marit bekent dat ze bij nader inzien erg tegen die mogelijkheid had opgezien. De behandeling is erop gericht dat ze weer controle over haar leven krijgt door het doorbreken van het vermijdingsgedrag en nalaten van allerlei veiligheidsgedrag. Wanneer begrijpelijk is gemaakt hoe de klacht blijft voortbestaan en wat de manier van aanpak is, worden er twee soorten doelen geformuleerd. Het tussendoel bestaat uit het opzoeken van angstproeppende situaties en het opgeven van veiligheidsgedrag. Het einddoel is onder andere het kunnen uitgaan en gebruiken van openbaar vervoer, het uit eten gaan, en het zonder aarzelen nuttigen van voedsel. De aanname van de therapeute is dat daardoor een daling optreedt van de saillantie van overgeefthemas.

Dat gezegd hebbende vindt er vervolgens een inventarisatie plaats van veiligheidsgedragingen. Aanvankelijk kan Marit niet zo veel bedenken, want de emetofobie is zo'n deel van haar leven dat ze zich vaak niet realiseert dat ze om die reden zaken nalaat (niet uitgaan bijvoorbeeld) of juist vaak doet (bijvoorbeeld voedsel controleren). Wanneer ze eenmaal door heeft waar ze op moet letten

komt er een stroom van grote en kleine veiligheidsgedragingen op gang (kauwgom kauwen, altijd een flesje water mee, kleine hapjes eten, plastic zakje in de jaszak). Opvallend is dat er in deze fase vooral heel veel van dit soort subtiele gedragingen boven tafel komen die Marit zelf niet meteen met emetofobie in verband zou hebben gebracht.

Interventies

De eigenlijke behandeling bestaat uit exposure met responspreventie en vindt plaats in 17 sessies van 1 uur verspreid over 5 maanden. In zijn algemeenheid vindt de exposure plaats aan situaties die Marit mijdt vanuit de verwachting dat die confrontatie met misselijkheid en/of braaksel of overgeven ten gevolg zullen hebben. De responspreventie richt zich met name op het afbouwen van allerlei veiligheidsgedragingen die bedoeld zijn om de genoemde confrontatie te voorkomen of om de waarschijnlijkheid ervan te verminderen. Ook wordt aandacht besteed aan de rol van veiligheidssignalen (zoals de aanwezigheid van een toilet). Tijdens de behandeling gaan de beide typen opdrachten vaak hand in hand, aangezien Marit zich in angstwekkende situaties moet gaan begeven waarin ze het veiligheidsgedrag moet nalaten. Voor de graduele exposure in vivo (zie voor overzicht van procedurele aspecten ook Van Hout & Emmelkamp, 2002) wordt in opklimmende moeilijkheidsgraad een aantal opdrachten geformuleerd, gebaseerd op situaties die ze vermijdt of waaraan ze probeert te ontsnappen:

- Eten van onbekend voedsel
- In openbare gelegenheid zijn, niet onmiddellijk in de buurt van een toilet
- Openbaar vervoer (bus)
- Op ziekenbezoek gaan
- Uit eten gaan met andere mensen
- In een kroeg zijn en iets drinken (risico van zien van dronken mensen)

Voor responspreventie van veiligheidsgedrag komen in aanmerking:

- Maar een klein beetje voedsel eten
- Kauwgom kauwen
- Uiterste houdbaarheidsdatum controleren
- Vaak handen wassen
- Flesje water bij zich dragen
- Plastic zakje in de jaszak
- Uiterlijk van mensen controleren op ziekteverschijnselen en met name huidskleur en oogopslag
- In de bus walkman op en uit het raam kijken
- Eigen eten en drinken meenemen ter voorkoming of bestrijding van misselijkheid
- In café met rug naar publiek zitten

Omdat veel situaties met elkaar vervlochten zijn, is het niet goed mogelijk om beide lijsten op volgorde van moeilijkheid af te werken. Daarom concentreert Marit zich steeds voor een week op een 'setje' van veiligheidsgedragingen die ze afbouwt terwijl ze een paar moeilijke situaties opzoekt.

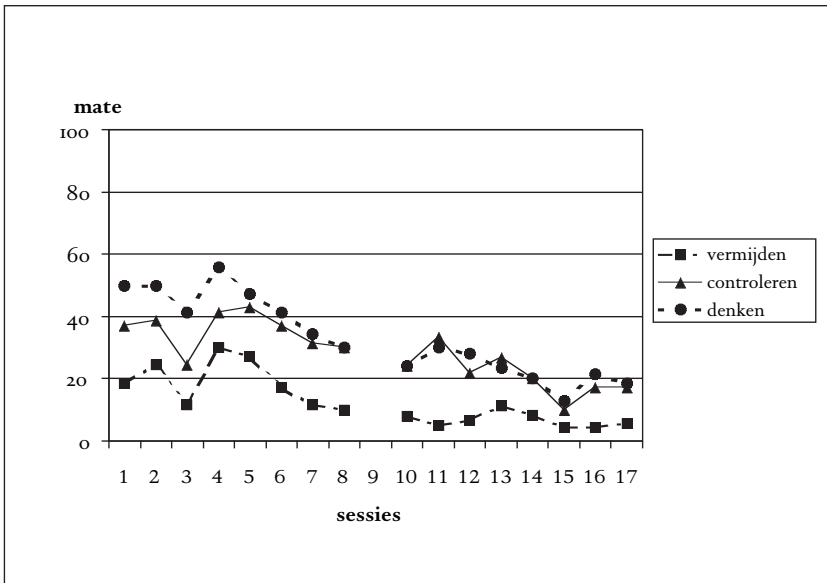
Een voorbeeld van die aanpak is het reizen per bus. Daarvoor moet ze in ieder geval de bus in (dat wil zeggen exposure) en vervolgens krijgt ze de instructie om de busreis ten volle tot zich door te laten dringen. Dat betekent dat er geen plaats is voor de walkman, het stukje kauwgom, een tijdschrift en strak naar buiten kijken (dat wil zeggen responspreventie).

Evaluatie van de behandeling

Tijdens het verloop van de behandeling houdt Marit een symptomendagboekje bij in de vorm van drie VAS-schalen met als ankerpunten 0 ('Absoluut niet') en 100 ('Ontzettend veel'). In dat dagboekje noteert ze dagelijks hoeveel (1) vermijdingsgedrag en (2) controle- en veiligheidsgedrag ze heeft vertoond, en (3) hoeveel ze aan overgeven heeft gedacht. Voor de overzichtelijkheid zijn van deze dagelijkse scores de gemiddelden over een week berekend. In het midden van de behandeling ontbreekt een aantal dagboekjes vanwege Marits vakantie. De aldus ontstane resultaten zijn vermeld in Figuur 3.

Figuur 3

Verloop van de mate van vermijden, controleren en denk aan overgeven tijdens de behandeling



Uit de figuur is af te lezen dat er op alle drie facetten een daling is waar te nemen gedurende de behandeling. Ook komt naar voren dat Marit meer met controleren en veiligheidsgedrag bezig is dan met vermijding. Deze getalsmatige resultaten komen overeen met Marit's eigen indruk aan het eind van de behandeling. Ze onderschrijft de behandelresultaten en is er heel tevreden mee. Doordat de emetofobie is teruggedrongen heeft ze het gevoel dat ze verder kan gaan met haar

leven omdat ze nu nauwelijks gehinderd wordt door de angst voor confrontatie met (en de verwachting van) overgeefsituaties.

Marit is van meet af aan erg gemotiveerd om de behandeling te doen slagen, en hoewel het huiswerk aanvankelijk veel spanning oplevert, weert ze zich dapper. De therapeut complimenteert haar regelmatig met haar doorzettingsvermogen, maar wijst haar ook op het gevaar van te veel en te hard willen werken in de therapie. Het lijkt er in het begin regelmatig op dat ze vooral door angst gedreven druk bezig is controle over haar emetofobie te krijgen. Daar wordt in een aantal sessies aandacht aan besteed, zodat Marit uiteindelijk leert risico's te nemen en niet alles te willen beheersen. Als je bijvoorbeeld in de bus zit, kun je niet absoluut zeker weten dat er niemand reisziek wordt en gaat braken. Dus je kunt het onderwerp beter laten rusten, dan er fanatiek invloed op proberen uit te oefenen. Dit ervaren ze toen ze werkelijk meemaakte dat een medepasagier in de bus moest overgeven. Ze vond het wel naar, maar was er maar korte tijd door uit haar evenwicht gebracht. Ze vermeed de bus niet en spendeerde er verder relatief weinig gedachten aan. Het loslaten van de controle krijgt ze steeds meer in de vingers, zowel wat betreft van haar eigen lichamelijke reacties, als ten aanzien van (potentieel dreigende) situaties.

Aan het eind van de behandeling is Marit tevreden met de resultaten en heeft ze het gevoel dat ze verder kan gaan met haar leven. Ze neemt veel meer dan voorheen deel aan het sociale leven door onder andere meer uit te gaan en in het bestuur van een sportvereniging te gaan.

DISCUSSIE

De casus illustreert dat exposure en responspreventie klinisch significante verbeteringen opleveren bij een patiënt met emetofobie. We betogen dat het niet verstandig is om UCS-exposure aan te bieden, of zelfs te forceren, maar om in te zetten op het onschadelijk maken van CS-en op allerlei niveaus. De behandeling van Marit richtte zich daarom op de geconditioneerde stimuli van hogere orde, niet op het overgeven zelf. De aanname daarbij is dat de confrontatie met de gevreesde situaties *zonder* het uitvoeren van veiligheidsgedrag bijdraagt aan een disconfirmatie van de gevreesde uitkomsten. Dat wil met name zeggen dat de patiënt leert dat er geen een-op-een relatie bestaat tussen de CS-en en overgeven, en dat zonder veiligheidsgedrag de kans op overgeven *niet* toeneemt.

Het zal de lezer zijn opgevallen dat in de casus geen gebruik is gemaakt van expliciete cognitieve interventies, zoals bijvoorbeeld de schatting van de kans dat ze daadwerkelijk zou kunnen gaan overgeven, of het uitdagen van haar rampenscenario's. De laatste zouden kunnen gaan over wat er gebeurt als je een onduidelijk plakje ham opeet, als je alcohol zou drinken, hoe verschrikkelijk braken zelf is, hoe erg het is geen controle over je lichaam te hebben, etcetera. Desalniettemin lijkt het ons zeer wel mogelijk om zo'n cognitieve invalshoek in de behandeling op te nemen, want aan onderwerpen is doorgaans geen gebrek. Veale en Lambrou (2006) vonden bijvoorbeeld dat mensen met emetofobie een grote mate van verschrikkelijkheid aan overgeven toeschreven, zoals 'Ik verlies de

controle', 'Ik word ziek', 'Anderen vinden me walgelijk', en 'Anderen willen me niet meer kennen'. Deze auteurs stellen dan ook een cognitieve aanpak van emetofobie voor naast een 'klassieke' gedragstherapie.

In het geval van Marit wilde de therapeut een eenduidige rationale verschaffen die hout sned en die duidelijke voorspellingen toeliet over de gevolgen van de exposure en responspreventie. Dat sluit een cognitieve inkadering niet uit, maar het leidt evenmin dwingend tot de toepassing van cognitieve *interventies*. Let wel dat één van die voorspelling was dat de emetofobe gedachten zouden dalen en dat de gedachten over braken van aard zouden veranderen. Marit bevestigde dit: ze dacht minder vaak aan braken (zie ook Figuur 3) en ze zag er (gek genoeg, vond ze zelf) ook minder tegen op mocht het zich een keer voordoen. Het thema 'overgeven' was als het ware kleiner geworden. Tussen de bedrijven door had ze zichzelf voorgehouden dat ze overgeven een minder grote rol in haar leven wilde laten spelen. We kunnen deze prettige bijwerking van exposure wellicht zien als een vorm van *doe-het-zelf* cognitieve therapie. Zoals eerder vermeld, ervoer Marit de behandeling aanvankelijk als moeilijk, maar bleek dat het positieve effect zichzelf versterkte. Ze kreeg beduidend meer zelfvertrouwen in het omgaan met situaties die ze eerder vermeed en haar gevoel van *self-efficacy* nam toe.

In een wat breder perspectief bezien, kunnen we parallellen zien tussen bijvoorbeeld de patiënt met een pijnstoornis en de patiënt met emetofobie. Beiden pogen controle te krijgen over een autonoom lichamelijk proces (pijn, danwel misselijkheid en overgeven), wat bij voorbaat gedoemd is te mislukken, terwijl de illusie van die controle alleen tegen zeer hoge kosten in stand kan worden gehouden. Opgeven van die controlebehoefte (dat wil zeggen acceptatie) leidt bijvoorbeeld bij chronische pijn tot een verbetering van de kwaliteit van leven in de zin van minder pijn, minder invaliditeit, minder negatieve stemming, en betere werkparticipatie (McCracken & Eccleston, 2003). McCracken, Vowles en Eccleston (2004, p. 157) omschrijven het als volgt: "*Acceptance of chronic pain entails that an individual reduce unsuccessful attempts to avoid or control pain and focus instead on participation in valued activities and the pursuit of personally relevant goals*". In de exposure-behandeling van Marit wordt *mutatis mutandis* aan die opvatting gestalte gegeven. Niet het bevechten van het overgeven zelf staat op de therapeutische agenda, maar het verkleinen van de rol daarvan in het dagelijks leven. Evenals bij de operante aanpak van pijn, wordt ook hier meer aandacht besteed aan het gezonde gedrag dan aan het probleemgedrag. In dit licht bezien is het blootstellen aan braken en braaksel een stuk minder relevant dan het afbouwen van allerlei inperkende gedragingen, en zeker dan het opbouwen van functionele gedragspatronen (de in het citaat genoemde *valued activities*).

Wanneer we terugkeren naar de problematiek zelf, dan kunnen we stellen dat emetofobie een weinig onderzochte en op zichzelf zeer interessante klacht is die tot verder nadenken stemt. Er is sprake van een combinatie van heftige fysiologische en psychologische reacties die elkaar sterk beïnvloeden. Patiënten geven bijvoorbeeld aan dat ze letterlijk misselijk worden van angst en angstig van misselijkheid (Massop, 2005). Een ander interessant punt is dat de psychologische reacties lijken te worden gekenmerkt door een mengsel van angstgevoeligheid

en walginggevoeligheid. Onderzoek naar de relatie tussen angst en walging is veelal uitgevoerd in het domein van spinnenfobie en van bloed-letsel-injectie fobie (Woody & Teachman, 2000) en laat een positieve correlatie tussen beide fenomenen zien. Ondanks deze overlap zijn ze toch van elkaar te onderscheiden. Zo liet McKay (2006) zien dat smetvrees voor een deel is gebaseerd op een walgingsreactie en dat die afneemt (hoewel minder sterk dan de angstreactie) onder invloed van een exposurebehandeling. Walging wordt tot op heden niet of nauwelijks genoemd in de literatuur over emetofobie, maar zou daarmee wel eens een ondergewaardeerde factor kunnen zijn. Het ontrafelen van de complexe relaties tussen walging, angst en overgeven staat daarmee op de onderzoeksagenda.

Dankwoord

De auteurs willen hun dank betuigen aan Evelien von Eije, Franske van Apeldoorn, Hester Appelman en Thera Koops voor deelname aan de emetofobiediscussiegroep en het delen van hun ervaringen rond de behandeling van emetofobie.

SUMMARY

CS-exposure works for emetophobia

Emetophobia is a prevalent disorder, whose existence is often unknown to both patients and therapists. The unfamiliarity is reflected by the largely anecdotal nature of the treatment literature. Although a variety of interventions are reported, they lack explicit conceptualisation of the fear of vomiting. In this article a short review of the treatment literature is given, and its related technical and conceptual problems are specified. Next, emetophobia is represented in a classical and instrumental conditioning model. Implications from this model on the treatment of fear of vomiting is illustrated on the basis of the treatment of an emetophobic patient. It is argued that exposure in vivo therapy with response prevention should be directed to the predictors of vomiting, instead of the vomiting event itself. Finally, theoretical and practical implications of the presented treatment model are discussed.

Key words: emetophobia; vomit phobia; behavioral conceptualization; behavior therapy; case study

LITERATUUR

- Bouman, T.K., & Van Hout, W.J.P.J. (2004). *Cognitive behavioural treatment of emetophobia: a case study*. Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, New Orleans, November.
- Bus, M. (2002). De behandeling van een adolescente met braakangst. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 31-37.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). Acceptance and commitment therapy of anxiety disorders. Oakland CA: New Harbinger.
- Hout, W.J.P.J. van, & Emmelkamp, P.M.G. (2002). Exposure in vivo-behandeling bij angststoornissen: procedure en effectiviteit. *Gedragstherapie*, 35, 7-23.
- Hout, W.J.P.J. van, Oude Lansink, P. & Bouman, T.K. (2005). De fenomenologie en comorbiditeit van emetofobie (angst voor overgeven). *Gedragstherapie*, 38, 49-64.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (1994). Opmerkelijke verandering na één zitting met Eye Movement Desensitization and Reprocessing: een geval van angst voor misselijkheid en braken. *Directieve Therapie*, 14, 90-102.

- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk. Bussum: Coutinho.
- Lipsitz, J.D., Fyer, A.J., Paterniti, A., & Klein, D.F. (2001). Emetophobia: preliminary results of an internet survey. *Depression and Anxiety*, *14*, 149-152.
- Massop, M. (2005). *Misselijk van angst. Leven met een overgeeffobie*. Antwerpen: Houtekiet.
- McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, *105*, 197-204.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain, component analysis and a revised assessment method. *Pain*, *107*, 157-166.
- McFayden, M., & Wyness, J. (1983). You don't have to be sick to be a behaviour therapist but it can help! Treatment of a "vomit" phobic. *Behavioural Psychotherapy*, *11*, 173-176.
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, *37*, 53-59.
- Moran, D.J., & O'Brien, R.M., (2002) *Compentence imagery: a case study treating emetophobia*. Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Reno, November.
- Philips, H.C. (1985). Return of fear in the treatment of a fear of vomiting. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 45-52.
- Reinders, M., & Arts, W. (1999). Behandeling van de angst om te braken. *Directieve Therapie*, *19*, 58-70.
- Robertson-Nay, R., & Turner, S.M. (2002). *Behavioral treatment of emetophobia (fear of vomiting): a single case study*. Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Reno, November
- Veale, D., & Lambrou, C. (2006). The psychopathology of vomit phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 139-150.
- Woody S.R., & Teachman, B.A. (2000). Intersection of disgust and fear: Normative and pathological views. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 291-311.