

Slikken of stikken

EMDR bij kinderen en jongeren met een slikfobie

Carlijn de Roos en Ad de Jongh

Inleiding

In de kindertijd zijn ontwikkelingsgerelateerde angsten normaal. Wanneer een angst echter aanhoudt en uitgelokt wordt door de aanwezigheid van of anticipatie op een bepaald voorwerp of een specifieke situatie spreekt men van een specifieke fobie (American Psychiatric Association, 2003). De in de literatuur gerapporteerde prevalentiepercentages lopen nogal uiteen en variëren van 1,7 tot 16 procent, maar de meeste studies komen uit op een percentage tussen de 7 en 9 procent (Silverman & Moreno, 2005).

Een voorbeeld van een welomschreven fobische aandoening is de slikfobie, die ook wel bekend staat als stikfobie: een extreme mate van angst om te stikken. Tot 1980 is er weinig gepubliceerd over de stikfobie, noch bij volwassenen noch bij kinderen en adolescenten. Ook epidemiologische gegevens over de prevalentie van stikfobie ontbreken. Een belangrijke reden daarvan lijkt te zijn dat de stoornis schuil gaat achter verschillende diagnostische labels die allen betrekking hebben op slikproblemen. Vakgenoten uit verschillende disciplines, zoals huisartsen, KNO-artsen, kinderartsen, neurologen, psychiaters en psychotherapeuten hebben in de loop der tijd voor hetzelfde fenomeen verschillende benamingen bedacht: *choking phobia*, *fago phobia*, *disphagia*, *traumatically acquired conditioned dysphagia*, *posttraumatic eating or feeding disorder*, *childhood onset eating disorder* en *food avoidance emotional disorder* (Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005). Kortom, het gebruik van een bepaalde term voor een en dezelfde aandoening hangt grotendeels af van de diagnosticus en is daarmee een slechte weerspiegeling van de onderliggende pathologie. Mede door het bonte palet aan benamingen lijkt de stikfobie vaak niet herkend te worden. McNally (1994) constateert na een uitgebreid literatuuronderzoek dat er tot dan toe slechts 25 gevalsbeschrijvingen van volwassen stikfobici zijn gepubliceerd. Ofschoon beschrijvingen van stikfobische kinderen vrijwel geheel ontbreken, rapporteren Bailly en de Chouly de Lenclave (2005) een totaal van 36 casussen, waarvan 6 volwassenen en 30 kinderen of adolescenten. Het betreft hier zowel eerder gepubliceerde casussen als eigen cliënten die voldoen aan de DSM IV criteria

van stikfobie en waarvan het begin van de problematiek in de kindertijd of adolescentie ligt.

Over de behandeling van stikfobie is weinig bekend. Mede gezien de hiervoor beschreven begripsverwarring is er nog geen enkele gecontroleerde trial met betrekking tot de behandeling van stikfobie uitgevoerd. Daarnaast blijkt een op zich staande specifieke fobie zelden een reden te zijn voor verwijzing naar een hulpverlenende instelling (Verhulst & Verhey, 2000). Kennelijk bestaat de misvatting dat een dergelijke specifieke angst een normale ontwikkelingservaring is en niet een conditie die geassocieerd is met belemmeringen in het functioneren. Er is overigens wel casuïstiek beschikbaar die voorlopige ondersteuning geeft aan de toepasbaarheid van een brede diversiteit aan behandelingsbenaderingen (Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005). Een opmerkelijke constatering is dat in veel gevallen behandeling pas vrij laat wordt ingezet, waarbij de tijdsduur tussen het begin van de stoornis en de behandeling varieert van 2 tot 45 jaar, met een gemiddelde van bijna 12 jaar.

Wat de toepassing van EMDR betreft zijn er in de literatuur slechts twee gepubliceerde casussen bekend. De ene heeft betrekking op de succesvolle behandeling van een volwassene die na een kaakoperatie op de intensive care afdeling bijna was gestikt (De Jongh & Ten Broeke, 1998). De ander betreft de beschrijving van een behandeling van een zevenjarig meisje in het boek 'Small wonders' van Joan Lovett (Lovett, 1999).

Het doel van dit artikel is de lezer een indruk te geven van de toepassingsmogelijkheden van EMDR bij kinderen en jongeren met een stikfobie. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van een overzicht van een aantal behandelde kinderen en een verbatim van een casus. Voor algemene informatie over EMDR wordt de lezer verwezen naar het inleidende artikel in dit tijdschrift.

Klinisch beeld

Een stikfobie is een stoornis die gekenmerkt wordt door buitenproportionele angst om zich te verslikken in voedsel, pillen of drank (De Jongh & Ten Broeke 1998; De Jongh et al., 1999). Het slikken wordt vermeden of uitgesteld uit angst om te stikken, waarbij is komen vast te staan dat een medische oorzaak ontbreekt. Algemene gevolgen van een stikfobie zijn: vermijding van voedsel, pillen en dranken, het vermijden van eetsituaties met anderen en gewichtsverlies. Kenmerkend gedrag voor kinderen met stikfobie is dat zij excessief lang kauwen op een klein hapje, eten verstoppen of door de WC spoelen, eten in de wang hamsteren of uitsluitend vloeibaar voedsel willen,

zoals yoghurt en vla. Daarbij leidt geruststellende informatie aan ouder en kind over het ontbreken van een onderliggende medische oorzaak niet tot vermindering van de angstklachten. Vanzelfsprekend heeft de ondervoeding, die het gevolg is van langdurig vermijden van voedselopname, ook negatieve effecten op de lichamelijke gezondheid van het kind. Een toestand van ondervoeding en drastisch gewichtsverlies kan een verstoring van het metabolisme veroorzaken door een gebrek aan noodzakelijke voedingsstoffen, vergelijkbaar met medische aandoeningen die bij anorectische patiënten worden aangetroffen. Langere termijn effecten van ondervoeding kunnen lijden tot schade aan de vitale organen, zoals de nieren (Banerjee et al., 2005). Een stikfobie heeft ook vaak ernstige negatieve sociale gevolgen voor het kind en de overige leden van het gezin. Kinderen met stikfobische klachten vermijden gebeurtenissen waarbij eten een rol speelt met als gevolg dat zij zich terugtrekken uit het sociale contact. Zo kan het lastig zijn voor een gezin om gezamenlijk bij iemand op bezoek te gaan, een restaurant te bezoeken of op vakantie te gaan. Voor veel ouders is het een zware opgave, of zelfs ondragelijk, om het geworstel en gekokhals van hun kind aan tafel te aanschouwen. Ondanks al hun pogingen dit gedrag ten goede te keren, zien zij hun kind vermageren, hetgeen sterke gevoelens van machteloosheid oproept. Overigens hoeft een extreme angst om te stikken niet te betekenen dat de klachten zich alleen of vooral op het gebied van eten afspelen. Zo beschrijft de Jongh een casus van een mevrouw die na een hevige paniekaanval in een MRI-scan geen tandheelkundige behandelingen meer durfde te ondergaan (De Jongh, 2000).

Classificatie en differentiaal diagnostiek

Stikfobie valt onder de classificatie van de specifieke fobie binnen de subclassificatie 'overige typen'. Volgens de definitie in de DSM IV-TR is sprake van een specifieke fobie, zoals stikfobie, indien de persoon lijdt aan een aanhoudende angst, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie. Indien mogelijk wordt de stimulus vermeden of doorstaan met intense angst of lijdensdruk (Silverman & Moreno, 2005). Blootstelling aan de gevreesde situatie veroorzaakt vrijwel altijd een onmiddellijke angstreactie, die zich soms als een paniekaanval manifesteert.

Classificatie van stoornissen en syndromen helpt om de symptomatologie scherp in beeld te krijgen. Dit onderscheid is belangrijk omdat het implicaties heeft voor behandeling. In het geval van een specifieke fobie vereist de DSM IV-TR bijvoorbeeld, dat de angstconditie niet toe te schrijven is aan een andere

psychische stoornis, zoals een obsessief compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, separatie-angststoornis, sociale fobie, een paniekstoornis met agorafobie, of agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis. Een voorbeeld: angst om te stikken is geen specifieke fobie als het kind voldoet aan de criteria voor een paniekstoornis en bij slikken bang is om een paniekaanval te krijgen (Banerjee et al., 2005). Om op basis van de symptomatologie een onderscheid te kunnen maken tussen stikfobie en andere stoornissen wordt in Tabel I een overzicht gegeven van de meest relevante differentiaal diagnostische overwegingen. (zie ook McNally, 1994; De Jongh & Ten Broeke, 1998).

Comorbiditeit

Stikfobie komt vaak voor in combinatie met andere psychische stoornissen. Zo wordt bij 80% van de kinderen met een stikfobie de aanwezigheid van tenminste een andere mentale stoornis gerapporteerd (Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005). Angststoornissen komen daarbij het meeste voor. Bij ongeveer driekwart van de kinderen kan naast de classificatie stikfobie ook die van een of meer andere angststoornissen worden vastgesteld. Bij een op de drie kinderen is dit een separatie angststoornis, bij ongeveer een kwart van de kinderen is sprake van een andere specifieke fobie en een op de vijf kinderen met een stikfobie heeft ook ooit een paniekstoornis met of zonder agorafobie gehad. De categorie angststoornissen is niet het enige type co-morbide pathologie. Zo bleek iets minder dan een kwart van de kinderen namelijk ook last van een stemmingsstoornis te hebben (Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005).

Oorzaken en ontstaansmechanismen

Uit het literatuuroverzicht en de inventarisatie van de casuïstiek komt naar voren dat stikfobie meestal in de kindertijd en adolescentie begint. Daarnaast blijkt stikfobie meer voor te komen bij jongens en mannen. Dit is in tegenstelling tot andere typen van specifieke fobieën, die vaker voorkomen bij meisjes en vrouwen (Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005; American Psychiatric Association, 2003). Er zijn geen aanwijzingen dat de stoornis zich op een bepaalde, kritische leeftijd aandient of manifesteert. Wel is het begin van de stikfobische klachten doorgaans gemakkelijk te identificeren, in tegenstelling tot een aantal andere specifieke fobieën. McNally (1994) stelt dat klachten in vrijwel alle gevallen ontstaan na een directe conditionerende ervaring. Hierbij kan het gaan om een incident waarbij men zich verslikt in voedsel of pillen, of een gebeurtenis rond overgeven, waarbij men angst heeft

om te stikken. Volgens de gepubliceerde casuïstiek van Bailly en de Chouly de Lenclave (2005), gaat het in iets meer dan de helft van de gevallen om een bijna stik- of verslikincident - in voedsel of pillen - te gaan.

Tabel I: Differentiaal diagnostiek van stikfobie

Stoornis	Kenmerken	stikfobie
Extreme kokhals reflex	Kokhalsneiging vooral bij aanraking achterin de mond. Niet noodzakelijkerwijs bang om te zullen stikken	Angst om te stikken staat op de voorgrond. Meestal geen hypergevoeligheid wat betreft kokhalzen
Dysfagie	Moeilijkheden met slikken. Doorgaans geen angst reacties.	Angst om te stikken, in plaats van het niet kunnen slikken op de voorgrond
Globus Hystericus	Gevoel van brok in de keel. Doorgaans geen angst reactie.	Angst om te stikken. De sensatie van een brok in de keel is daarbij niet noodzakelijkerwijs aanwezig.
Voedsel fobie	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 Nervosa	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.
Paniek Stoornis	Idee en sensatie van stikken tijdens paniekaanval, maar niet uitgelokt door voedsel	Vrees voor het tot zich nemen tijdens van voedsel, drank of pillen
Sociale Fobie	Vrees om te eten in het bijzijn van anderen	Mensen in de nabijheid geeft een veiliger gevoel
Post traumatische 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

Ook het getuige zijn van een dergelijk incident bij vrienden of belangrijke anderen is belastend en gaat bij een op de vijf kinderen aan de stikfobie vooraf. Daarnaast is soms een medische of tandheelkundige ingreep met het ontstaan van de stoornis in verband te brengen. Het is betrekkelijk zeldzaam als geen specifieke gebeurtenis of *trigger* kan worden vastgesteld.

Er zijn in de loop der jaren verschillende hypothesen opgesteld over de onderliggende oorzaken of mechanismen die kunnen leiden tot een specifieke fobie. Deze zijn gebaseerd op de theorieën van klassieke conditionering, operante conditionering en sociaal leren (Himle et al., 1991, Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005).

1. Klassieke conditionering. Deze theorie houdt in dat een stikervaring (ongeconditioneerde stimulus) en de daarmee samenhangende angst om dood te gaan wordt gekoppeld aan het voedsel of het object dat de bijna-stikervaring veroorzaakt (geconditioneerde stimulus). Dit resulteert in een geconditioneerde reactie op het eten en slikken, waarbij het laatste als voorspeller gaat dienen voor een stikervaring.
2. Operante conditionering: een kind dat bang is om zich in voedsel te verslikken zal geneigd zijn het inslikken te vermijden. De vermindering van angst voortkomend uit het vermijdingsgedrag heeft een bekrachtigend effect. Op deze manier wordt de fobische reactie in stand gehouden en gehandhaafd.
3. Sociaal leren: een observatie van een (bijna)stikervaring bij anderen of overdracht van bedreigende informatie kan aanleiding geven tot angst dat het jezelf overkomt. Deze laatste vorm van overdracht van bedreigende informatie vindt bijvoorbeeld plaats als ouders het kind voortdurend waarschuwen en wijzen op de gevaren van het kunnen stikken in voedsel.

Het ontstaan van stikangst of een stikfobie wordt net als bij andere fobieën verondersteld ook gerelateerd te zijn aan predisponerende genetische factoren, eerdere stressvolle levenservaringen en opvoedingsgedrag van ouders, waaronder ouderlijke overprotectie (Muris & Merckelbach, 2001; Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005). Wat de laatste factor betreft kan het weigeren van voedsel en het zien van een huilend en panisch kind voor de ouders een bron van zorg zijn. Afhankelijk van de voorgeschiedenis van ouders en de daardoor ontstane 'gevoeligheden', reageren zij meer of minder adequaat op hun voedselweigerende kind. Uit angst voor ondervoeding van hun kind zullen sommige ouders geneigd zijn druk uit te oefenen om te eten. Deze sterke focus is vaak contraproductief, omdat het niet leidt tot eten, maar tot een machtsstrijd tussen kind en ouders. Het kan ook leiden tot vermijgend gedrag van de

ouders, waarbij bijvoorbeeld veel tijd wordt besteed aan het voorbereiden van speciaal eten voor het kind, of waarbij de ouders besluiten om het kind niet meer naar school te laten gaan. Ofschoon deze reacties begrijpelijkerwijs voortkomen uit gevoelens van wanhoop en machteloosheid heeft dit gedrag een averechts effect op het klachtenpatroon omdat daarmee de angst en het vermijdende eetpatroon in stand wordt gehouden.

Behandeling

Zoals eerder werd gemeld zijn gecontroleerde studies niet voorhanden en specifieke evidentie voor de effectiviteit van behandelingen bij kinderen ontbreekt dan ook geheel (Chorpita et al., 1997). Uit de geïnventariseerde gevalsbeschrijvingen van Bailly en Chouly de Lenclave (2005) blijkt dat er vooral psychosociale behandelingen worden ingezet, alhoewel toepassing van farmacologische interventies ook voorkomt. In het algemeen hebben de beschreven interventies tot doel de stikangst te verminderen om daarmee de voedselinname te verbeteren en het lichaamsgewicht te doen toenemen. In driekwart van de gevallen werd cognitieve gedragstherapie toegepast, alleen of in combinatie met andere behandelingen. Andere veel gebruikte interventies zijn hypnotherapie en farmacotherapie. De cognitieve gedragstherapieën die bij stikfobieën worden toegepast bestaan uit een combinatie van verschillende procedures, onder andere uitleg (psychoeducatie) en cognitieve herstructurering gericht op het veranderen van attitudes en overtuigingen gerelateerd aan het slikken. Verder werd relaxatietraining ingezet, desensitisatie en exposure *in vivo*. Om exposure *in vivo* te kunnen toepassen wordt eerst een hiërarchie van gevreesd voedsel opgesteld, waarna de behandelaar het genoemde voedsel op een geleidelijke manier aanbiedt. Gedurende de blootstelling aan het voedsel werken cliënten aan het verminderen van het aantal kauwbewegingen per hap, het reduceren van het gebruik van vloeistof of dranken om hun voedsel weg te 'spoelen' en/of het verminderen van het fijnstampen van voedsel. In de cognitief-gedragstherapeutische aanpak passen ook technieken als positieve reinforcement, shaping en modeling.

Als farmacologische interventie worden antidepressiva (tricyclische of SSRI's), anxiolitica en antipsychotica voorgeschreven, soms in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Zo beschrijven Banerjee et al. (2005) de casuïstiek van drie kinderen met ernstige stikfobie die een snelle symptoomreductie laten zien na een lage dosis SSRI medicatie.

EMDR bij stikfobie

Indicatiestelling

EMDR is een therapeutische procedure voor de verwerking van akelige, betekenisvolle herinneringen. Vertrekpunt is altijd de hypothese van de behandelaar over de samenhang tussen vroegere gebeurtenissen en de huidige problematiek van de cliënt (De Jongh & Ten Broeke, 2006). Wanneer de behandelaar op basis van zijn casus-conceptualisatie veronderstelt dat eerdere ingrijpende ervaringen relevant zijn voor het ontstaan en instandhouden van de actuele problematiek, zal EMDR ten minste moeten worden overwogen. Bij de behandeling van specifieke angsten of fobieën kan onderscheid worden gemaakt tussen fobieën met een traumatische ontstaansgeschiedenis, ook wel traumagerelateerde fobieën genoemd, en fobieën zonder een dergelijke achtergrond (De Jongh et al., 1999, 2002). In het eerste geval heeft de fobie een duidelijk, door de cliënt herkend, begin. Soms gaat het daarbij om een specifieke, ingrijpende gebeurtenis waarna de angst is ontstaan. Bij dit type van fobieën is het aannemelijk dat confrontatie met de fobische stimulus een activering van de traumatische beleving tot gevolg heeft. Een dynamische samenhang tussen de fobische stimulus en een herinnering aan een eerdere ervaring wordt ook wel met de term *referentiele conditionering* aangeduid (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Omdat een geheugenrepresentatie van de geactiveerde herinnering aan de gebeurtenis nog steeds sterke affectieve reacties oproept, houdt dit vermijdingstendities in stand.

Uit de literatuur en uit de klinische praktijk blijkt dat de meeste stikfobieën gerelateerd zijn aan een bedreigende gebeurtenis. Hierbij moet men niet alleen denken aan een bijna-stikervaring, maar ook aan het effect van het iemand hebben zien meemaken van een dergelijke ervaring (op TV!) of de impact van (horror)verhalen van anderen. Het zal duidelijk zijn dat voor kinderen de laatste twee zogenaamde '*pathways of fear*' relatief belangrijk zijn in termen van targets voor EMDR. Voor het desensitiseren of verwerken van angstinducerende geheugenbestanden, waarvan kan worden aangenomen dat beïnvloeding ervan ook leidt tot klachtenverandering, komt EMDR als een van de eerste behandelopties in aanmerking. De dynamiek van de klachten vertoont immers grote gelijkenis met die van een PTSS, waarbij de symptomen (herbelevingen etc.) op een directe manier vanuit de ingrijpende gebeurtenis zijn te verklaren. Indien er geen herinnering aan een conditionerende ervaring of ander cruciaal geheugenbestand kan worden geïdentificeerd dat de stikangst klachten aanstuurt, is EMDR niet of zeker niet in de eerste plaats geïndiceerd. De voorkeur gaat dan uit naar gedragstherapie in de vorm van exposure *in vivo*

of een cognitieve-gedragstherapeutische variant die contra-conditioneren wordt genoemd (Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

Het EMDR fobieprotocol

Om deze traumatische herinneringen te desensitiseren is een specifiek EMDR fobieprotocol voorhanden (De Jongh & Ten Broeke, 2006; De Jongh et al., 1999). Dit protocol bestaat uit zes fasen.

Fase 1, 2 en 3: desensitiseren van targetherinneringen

De eerste drie fasen houden het achtereenvolgens desensitiseren van drie targetherinneringen met behulp van het standaard EMDR-protocol in. Het gaat hierbij om de eerste herinnering waarbij de angstklachten optraden, de actueel meest nare herinnering en de herinnering aan de meest recente gebeurtenis waarbij de angstklachten zich manifesteerden.

Fase 4: Future template

Cliënten met een fobie vermijden dikwijls bepaalde situaties of omstandigheden die aan de traumatische gebeurtenis doen herinneren. Na verwerking van de oorspronkelijke gebeurtenis(en) zal de cliënt echter opnieuw de confrontatie met dergelijke situaties moeten aangaan. Daarom richt de behandeling zich ook op het voorbereiden van de cliënt op deze mogelijk angstwekkende, toekomstige situaties. Dit geldt vooral als er sprake is van anticipatieangst voor een confrontatie met bepaalde objecten, plaatsen of personen, die door de traumatische gebeurtenis sterk met de herinnering verbonden zijn geraakt. Als alle targetherinneringen waarvan redelijkerwijs kan worden verondersteld dat zij de klachten aansturen zijn gedesensitiseerd, dan installeert de behandelaar een *future template*, een zogenaamde 'blauwdruk voor de toekomst'. In het geval van een stikfobie zal de voorbereiding betrekking hebben op de dagelijks terugkerende eetsituaties en het hervatten van het 'normale' eetpatroon. De cliënt stelt zich in gedachten een situatie in de toekomst voor en combineert dit met een positieve uitspraak (over zichzelf), waarna een set bilaterale stimuli volgt. Het uitgangspunt bij het toepassen van deze imaginaire procedure is dat het helpt om ingesleten vermijdingsgedrag te doorbreken. Meer concreet vraagt de behandelaar de cliënt achtereenvolgens:

1) een stilstaand beeld te vormen van een situatie die nog met angstige spanning tegemoet wordt gezien of vermeden. Daarbij gaat het om een plaatje van de wenselijke situatie zonder catastrofale aspecten.

- 2) dit beeld in gedachten op te roepen en te combineren met de standaard positieve cognitie (PC): 'ik kan het aan'.
- 3) de geloofwaardigheid van deze standaard PC in te schatten op een Validity of Cognition (VoC) schaal van 1 tot en met 7. En tot slot
- (4) beeld en PC net zo lang in gedachten samen vast te houden - in combinatie met sets van bilaterale stimuli - totdat de VoC maximaal is.

Fase 5: Videocheck

De behandelaar vraagt de cliënt een videofilmje van een toekomstige situatie in gedachten af te draaien. Dit heeft als doel de situatie nog eens nauwkeurig en gedetailleerd te onderzoeken op mogelijk angstwekkende aspecten. Wanneer de cliënt spanning waarneemt, geeft deze dat aan en worden oogbewegingen geïntroduceerd in combinatie met de standaard PC "Ik kan het aan".

Fase 6: in vivo exposure en gedragsexperimenten

Tot slot wordt het resultaat van de EMDR interventie uitgetest in de vorm van een confrontatie met de angstwekkende stimulus in een reële situatie. Het gaat er om dat de cliënt 'het gewoon gaat doen'. Het doel hiervan is om eventuele nog bestaande disfunctionele opvattingen verder te disconfirmeren of te ontkrachten. Wanneer het gewenste gedrag succesvol wordt uitgevoerd, zal het gedrag zich normaliseren en het zelfvertrouwen groeien.

Casuïstiek

In Tabel II wordt een overzicht van vier kinderen en jongeren met een stikfobie gepresenteerd, waarbij een EMDR behandeling volgens het hierboven beschreven protocol is uitgevoerd. De gegevens zijn gebaseerd zowel op informatie van ouders en kind als op klinische diagnostiek. Alhoewel geen systematische kwantitatieve testgegevens voorhanden zijn, vinden wij het - gezien de goede resultaten van de behandeling - de moeite waard om deze behandelervaringen te delen.

De tabel laat zien dat het gaat om kinderen uit diverse ontwikkelingsfasen, waarbij in alle gevallen een identificeerbare gebeurtenis vooraf ging aan het ontstaan van de stikfobie. Deze gebeurtenis verschilt in 'objectieve' ernst en varieert van het horen van een verhaal dat een onbekende bijna is gestikt tot het zelf bijna stikken in een snoepbal. Hieruit is af te leiden dat de subjectieve beleving van het incident meer bepalend lijkt voor de symptomatologie, dan de 'objectieve' gebeurtenis. De duur tussen gebeurtenis en aanmelding loopt uiteen van drie weken tot vijf jaar. Zonder uitzondering was de lijdensdruk bij

het hele gezin hoog. Wanneer er sprake was van een verstoorde machtshiërarchie tussen ouder en kind of van eerdere problematiek bij kind of ouders is dit in de tabel aangegeven.

In alle gevallen vond voorafgaande aan de behandeling een intakegesprek met ouders en kind plaats. Hieruit kwam naar voren dat het 'bijna stikincident' direct gerelateerd was aan (*een aansturende werking had op*) de klachten.

Omdat verdere diagnostiek op dat moment niet meer geïndiceerd was, werd - mede gezien de lijdensdruk - direct gestart met de behandeling. De EMDR targets die in de behandeling aan bod kwamen staan aangegeven, alsmede het aantal sessies. Opvallend is dat het in alle gevallen ging om een zeer beperkt aantal sessies, in de meeste gevallen twee sessies van maximaal een uur.

Ouders hadden een actieve rol in de zin van het verschaffen van informatie tijdens de intake en het observeren van het gedrag van hun kind in de thuissituatie tussen de behandelsessies in. Bij de genoemde kinderen van drie, vier en vijftien jaar was de moeder of vader tijdens de behandeling aanwezig om het gevoel van veiligheid bij het kind te vergroten. Hierdoor kon het EMDR proces optimaal verlopen.

Wanneer er sprake was van een verstoorde ouder-kind interactie werden adviezen gegeven gericht op het normaliseren van eetgedrag. Hiertoe werd het korte evaluatiemoment aan het eind van de behandelsessie met het kind benut. Naast het terugkoppelen van het verloop van de EMDR sessie, werd daarin aangegeven welke attitude en gedrag van ouders gewenst was. Dit betrof adviezen als 'imitering van de eettijd', het negeren van stik, slik of kokhals geluiden, het bekrachtigen van gewenst gedrag en het reguleren van de eigen emoties. Hierbij was het uitgangspunt dat de spanning bij ouders vanzelf zakt als, door effectieve behandeling, vermindering in de angstklachten van hun kind optreedt. Aangenomen werd dat zij daardoor als het ware hun 'opvoedingsroutine' weer konden herstellen. Alle ouders bleken prima in staat de adviezen snel in de praktijk te brengen, ook degenen waarbij opvoedingsproblemen al langer aan de orde waren.

Het resultaat van deze kortdurende behandeling was dat bij alle kinderen het eetpatroon zich normaliseerde en het gewicht toenam. Daarnaast meldden zij dat ze zich energieke en vrolijker voelden. Ouders rapporteerden toename in initiatief en zelfstandigheid. Na afloop van de EMDR behandeling waren er in het geval van casus 2 en 4 nog restklachten. Deze leken voort te komen uit langer bestaande separatie-individuele problematiek, waarbij eigen problematiek van de ouders mogelijk een rol speelde. Na een beperkt aantal oudergesprekken zijn ook deze behandelingen afgesloten. Een ouder is verwezen naar de afdeling volwassenen van de GGZ.

Tabel stikfobie invoegen

Casus Marieke: bijna stikervaring in snoepbal

Marieke (vijftien jaar) is aangemeld bij een GGZ Kinder- en Jeugdafdeling via de huisarts met slikproblemen, gewichtsverlies, moeheid, hoofdpijn, buikpijn, hyperventilatie en frequent schoolverzuim. Bij aanmelding wordt zowel door de verwijzer als door Marieke en ouders geen verband gelegd met een bijna stikincident vijf jaar voor aanmelding. De slikklachten zijn geleidelijk aan toegenomen en verhevigd na een periode met keelpijn twee jaar geleden. De reden om nu hulp te zoeken is dat Marieke zich steeds meer terugtrekt en niet meer naar school wil. Ouders zijn wanhopig en thuis is de spanning tijdens de maaltijden te snijden. Zij letten voortdurend op Marieke en reageren schrikachtig op alle geluiden die zij produceert.

De multidisciplinaire staf stelt vast dat er sprake is van een stikfobie.

Daarnaast is er sprake van separatie-individuatie problemen en van een verstoorde machtsiërarchie tussen ouders en kind. Marieke krijgt in eerste instantie een EMDR behandeling aangeboden voor de stikfobie. Deze behandeling neemt 45 minuten in beslag, waarna slikklachten en eetproblemen verdwenen zijn. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de overgebleven klachten.

De herinnering aan de bijna-stikervaring is de eerste herinnering, waarbij de angstklachten optraden, maar tegelijkertijd ook de actueel meest nare herinnering van Marieke. Hieronder volgt het verbatim verslag van de gehele desensitiseringsfase en een beschrijving van het verloop van de overige stappen van het fobieprotocol. Voorafgaande hieraan heeft Marieke uitleg gekregen over de EMDR procedure. Op haar uitdrukkelijk verzoek is moeder bij de sessie aanwezig. Als bilaterale stimulatie zijn oogbewegingen gebruikt.

Assessment

Het actueel meest beladen moment van de bijna-stikervaring is het moment dat de snoepbal in haar keel vastzit. In dit stilstaande plaatje staat zij in een speeltuin met een toevallig passerende mevrouw. De actueel geldende negatieve cognitie met betrekking tot zichzelf is: "Ik ben machteloos." De gewenste gedachte die ze liever bij dit plaatje zou willen hebben is: "Ik kan er tegen", de VoC score is 2. Wanneer ze zich concentreert op het geselecteerde beeld, voelt ze zich angstig. Marieke geeft een spanningsscore van 9 (score op Subjective Units of Disturbance (SUD)) en voelt de spanning met name in haar keel.

Desensitatiefase (in zijn geheel)

Nadat de behandelaar haar zegt zich te concentreren op bovengenoemde elementen volgt een set oogbewegingen (OB). Na iedere set oogbewegingen vraagt de behandelaar wat ze merkt of wat er opkomt. Wanneer er niets opkomt of zij eenzelfde associatie noemt, gaat de behandelaar terug naar het plaatje zoals het nu in het hoofd zit ('*back to target*'). Zo is te 'meten' hoeveel spanning het plaatje haar nu nog geeft.

M: Dat ik minder bang word als ik eraan terug denk

T: Ga door

M: Niets

T: Dan gaan we even terug naar het plaatje. Hoe vervelend is het nu nog om naar het plaatje te kijken. Geef het maar een cijfer tussen de 0 en de 10, waarbij 0 betekent 'helemaal niet vervelend' en 10 'het allervervelendst'

M: 8

T: Wat in dat plaatje maakt het een 8?

M: Dat het die mevrouw niet lukt om het eruit te halen (Marieke legt hand op haar borst).

T: Concentreer je erop

M: Dat ik niet meer zo verdrietig ben

T: En nu?

M: Ik ben niet meer zo bang als ik er aan terug denk

T: En nu?

M: Hetzelfde

T: Dan gaan we terug naar het plaatje. Hoe vervelend is het nu nog, 10 is het allervervelendste, 0 is helemaal niet vervelend.

M: 7

T: Wat is nu nog die 7

M: Dat ik geen adem meer kreeg

M: Dat ik die vrouw riep en ik had geen adem, en zij hoorde het gelukkig wel

M: Niets meer

T: Weer terug naar het plaatje, heb je het goed voor ogen? Welk cijfer geef je nu voor hoe vervelend het is, van 0 tot en met 10

M: Een 6

T: Wat is het allervervelendste nu van dit plaatje?

M: Dat die bal in mijn keel schoot, ik geen lucht meer kreeg en dat ik 'help' riep

T: Wat merk je?

M: Dat het minder wordt

T: En nu?
M: Het wordt nog minder
T: En nu?
M: Niets meer
T: Dan vraag ik je weer te kijken naar het plaatje. Heb je dat? Geef maar een cijfer hoe vervelend het nu nog is. 10 betekent het allervervelendst en 0 helemaal niet vervelend
M: Een 5
T: Wat maakt dat het nog een 5 is?
M: Dat zij hem er uit drukte (drukt zelf op eigen middenrif)
T: Wat is daar zo naar aan?
M: Dat het pijn deed
T: Concentreer je erop
M: Dat die bal er nu uit is
T: En nu?
M: Niks
T: Als je kijkt naar het plaatje, hoeveel spanning geeft het je nu nog?
M: Een 4 of 3.
T: Wat kies je, een 4 of een 3?
M: Een 4.
T: Waardoor komt die 4 nog?
M: Dat ik spanning heb, ik spuug
T: En nu?
M: Niks
T: Weer terug naar het plaatje. Hoe vervelend is het nog?
M: Een 3
T: Wat geeft die 3?
M: Dat die snoepbal er gelukkig uit is.
T: Dat is prettig toch? Maar wat geeft nog die spanning?
M: Dat het een hele enge ervaring was
T: Wat komt erop?
M: Dat ik ga zitten, dat ik nog bang ben
T: En nu?
M: Niets meer
T: Hoe vervelend is het plaatje nu nog?
M: Een 1
T: Wat is nog dat laatste restje spanning?
M: Dat hij in mijn keel zit, dat dat eng is
T: Wat komt erop?

M: Dat het nu beter gaat
T: En nu?
M: Het is niet meer vervelend als ik er aan terugdenk
T: Wat merk je?
M: Nu hetzelfde
T: Als je kijkt naar het plaatje, hoe vervelend is het nu nog?
M: Helemaal niet meer, een 0
T: Is het helemaal 0? Heb je helemaal geen spanning meer en kan je gewoon naar het plaatje kijken?
M: Ja
T: Fantastisch zeg. Goed gedaan!

Installatie en bodyscan

Daarna wordt de gewenste positieve cognitie – ‘Ik kan het aan’- geïnstalleerd. De gevoelsmatige geloofwaardigheid is direct maximaal (VoC:7). Bij de bodyscan, waarbij Marieke nagaat of zij bij dit plaatje nog spanning in haar lijf merkt, geeft ze aan dat ze spanning voelt in haar buik. Na een tweetal sets oogbewegingen is de spanning in haar buik verdwenen.

Future template

Er zijn geen andere plaatjes in de ‘bijna stik-film’ die nu nog spanning geven. Ook de herinnering aan de meest recente gebeurtenis, waarbij angstklachten zich manifesteerden doet haar niets meer. Omdat Marieke tot nu toe de eetsituatie en het slikken zoveel mogelijk vermijdt is een *future template* uitgevoerd. In het toekomstige plaatje stelt ze zich voor aan tafel te zitten, ze eet aardappels en slikt ze gewoon door. De behandelaar installeert de PC ‘Ik kan het aan’. Na twee sets oogbewegingen is de VoC 7.

Videocheck

Op verzoek van de behandelaar speelt ze een denkbeeldige film in haar hoofd af, van begin tot eind, over een toekomstige eetsituatie. Ze krijgt de instructie de film te stoppen als ze nog enige spanning merkt. Dit doet zij als de aardappel in haar mond zit en blijft hangen. De PC ‘Ik kan het aan’ voelt hier na twee sets oogbewegingen als volledig geloofwaardig aan. Dan spoelt Marieke de film door tot het eind. In de imaginaire film eet ze aardappels, groenten en vlees in ‘gewone brokken’ en pudding toe.

In vivo exposure en gedragsexperiment

Marieke kan nu de som op de proef nemen. Ze krijgt de opdracht verschillend soorten voedsel uit te proberen en het verloop in een dagboek bij te houden. De spanning is weg, maar haar vertrouwen moet groeien.

Adviezen aan ouders

Gezien de bekrachtigende interactie tussen ouders en Marieke zijn aan het eind van deze sessie de volgende adviezen gegeven: De gewone pot voorzetten aan haar, dus niet voedsel pureren of een á la carte menu. Verder niet letten en reageren op hik-, slik-, stik- of spuuggeluiden, niet aan tafel en niet bij tussendoortjes.

Resultaat

De volgende sessie melden ouders en Marieke dat het stukken beter gaat. Ze ontbijt weer met sneetjes brood, eet mee met de gewone kost. Marieke heeft haar eten niet gepureerd, geprakt of vermengd met water en andere sappen. Ook snoepen gaat goed, meldt zij vrolijk. Nu zij minder energie besteedt aan het eten, krijgt zij weer meer zin in leuke dingen, zoals afspraken met vriendinnen. Ook is zij minder vaak moe en gaat frequenter naar school. Op de vraag hoe ouders het voor elkaar hebben gekregen om de lastige en ingrijpende adviezen uit te voeren zegt moeder: "Het was wel even moeilijk. In mijn hart wil ik opletten, maar het mag niet, dus moet ik het niet doen." De 'bijna stikherinnering' is niet meer beladen en met wederzijdse instemming wordt de EMDR behandeling afgesloten. Het is nu een kwestie van zelfvertrouwen opbouwen, zowel voor Marieke als ouders, door weer van alles te eten en te merken dat dit succesvol verloopt. Er volgen nog een aantal gesprekken met ouders gericht op het grenzen stellen in de opvoeding en het hanteren van de Marieke's weerstand om naar school te gaan. Uit telefonisch contact drie maanden later blijkt dat de angst om te stikken en de daaruit voortvloeiende klachten niet zijn teruggekomen.

Conclusie

Afgaande op het beperkte aantal gerapporteerde casussen in de literatuur, zou men de conclusie kunnen trekken dat een stikfobie die in de kindertijd ontstaat zeldzaam is. Echter de verwarring in terminologie en de tijd tussen start van de stoornis en de behandeling, doet vermoeden dat de diagnose vaak gemist wordt. Om dit te ondervangen is allereerst de ontwikkeling van operationele diagnostische criteria van belang (Bailly & de Chouly de Lenclave, 2005). Daardoor zal een stikfobie voor alle betrokken disciplines gemakkelijker

herkenbaar zijn. Dit is van belang omdat men door tijdige signalering escalatie van symptomen kan voorkomen en voor adequate behandeling kan zorgen. De stoornis lijkt immers goed te reageren op kortdurende behandeling. De meeste kinderen met een stikfobie zullen, gezien de lichamelijke gevolgen van de stoornis, allereerst terecht komen in een medische setting. Omdat vaak meerdere behandelaars -zowel medische en psychosociale disciplines - betrokken zijn, stelt dit eisen aan de samenwerking en de communicatie. Zoals bij alle klachten met een lichamelijke component is adequaat medisch onderzoek van groot belang. De vraag is steeds welk type onderzoek eerder dient plaats te vinden, medisch onderzoek of psychologisch/psychiatrisch onderzoek. Indien de voornaamste hypothese een medische oorzaak van de klachten betreft, heeft vanzelfsprekend medisch onderzoek de prioriteit. Als op voorhand echter duidelijk is dat er een tijdsrelatie bestaat tussen klachten en een ingrijpende gebeurtenis zoals een 'verslik' of 'bijna stikincident' pleiten wij ervoor eerst een psychologisch onderzoek te doen. Een korte intake kan immers uitsluitel geven of de herinnering nog beladen is en of behandeling gericht op verwerking van deze gebeurtenis zinvol is. Naast een beperkte tijdinvestering, is het psychologisch onderzoek vaak minder intrusief en kostbaar dan medische onderzoeken en interventies. Uit de casuïstiek blijkt echter dat slikklachten zich nogal eens geleidelijk ontwikkelen en kinderen, jongeren en hun ouders zelf niet het verband leggen met het verslikincident. Daarbij speelt een rol dat de onderliggende gebeurtenis voor omstanders niet altijd herkenbaar 'traumatisch' is. Dit betekent dat de onderzoeker zich actief moet opstellen om eventuele onderliggende 'beladen' gebeurtenissen te identificeren.

De behandelresultaten (zie Tabel II) van kinderen uit diverse ontwikkelingsfasen geven aan dat EMDR een effectieve behandeling voor stikfobie zou kunnen zijn, mits het een trauma-gerelateerde stikfobie betreft. Bij de casuïstiek uit onze praktijk (Tabel II) betrof het kinderen uit diverse ontwikkelingsfasen, waarbij de duur tussen aanmelding en incident verschillend was. Ook de mate van co-morbiditeit, actuele stressoren en disfunctioneren van het oudersubstelsysteem varieerde. Desalniettemin leverde een kortdurende EMDR behandeling bij alle kinderen een positief resultaat op. Hierbij verminderden niet alleen de klachten die met slikken en eten te maken hadden, maar ook de secundaire gevolgen van de problematiek zoals vermoeidheid en somberheid. Ouders rapporteerden dat hun kinderen meer energie hadden gekregen en zich leeftijdsadequater waren gaan gedragen. In vergelijking met de in de literatuur genoemde cognitief gedragstherapeutische en medische behandelingen werd het effect over het algemeen in minder

sessies bereikt. De kinderen waren gemotiveerd om mee te werken, ondanks hun angst en weerstand vooraf om opnieuw terug te denken aan de herinnering. Vanzelfsprekend dient bij degenen met restklachten na EMDR behandeling, verder onderzoek en behandeling plaats te vinden. Beperkingen van de hierboven beschreven casuïstiek zijn dat systematisch verzamelde diagnostische gegevens ontbreken. Verder hoeft de gepresenteerde casuïstiek niet representatief te zijn voor de populatie van kinderen en jongeren met een stikfobie en zijn de voorbeelden niet geschikt om conclusies te trekken over de effectiviteit van EMDR bij deze stoornis in het algemeen. Zo weten wij bij de uitgewerkte casusbeschrijving van Marieke niet of de verbetering in functioneren toe te schrijven is aan de EMDR behandeling, de directieve adviezen aan ouders om de bekrachtigende interactie te doorbreken of een combinatie daarvan. Opnieuw onderschrijft deze constatering de behoefte aan meer gecontroleerd empirisch onderzoek naar de effectiviteit van EMDR, in verhouding tot andere behandelmethoden, voor traumagerelateerde specifieke fobieën. De in dit artikel beschreven casuïstiek doet in ieder geval vermoeden dat de toepassing van EMDR bij kinderen kan helpen traumatische herinneringen om te zetten in gewone herinneringen, en angst om te stikken in zin om te slikken.

Mw. Drs. C. de Roos is als psychotherapeut en behandelcoördinator verbonden aan het Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd, GGZ Rivierduinen te Leiden. Correspondentieadres: GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen, Albinusdreef 7, 2333 ZB Leiden. Email: c.deroos@ggzkinderenenjeugd.nl

Prof. dr. A. de Jongh is als hoogleraar angst en gedragsstoornissen werkzaam bij het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT). Daarnaast is hij directeur van slachtofferhulp organisatie D.O.e.N te Druten en van het Centrum voor Psychotrauma en Psychotherapie te Bilthoven.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Banerjee, S.P., Bhandari, R.P. & Rosenberg, D.R. (2005). Use of low-dose selective serotonin reuptake for severe, refractory choking phobia in childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 123-127.

- Bailly, D. de Chouly de Lenclave, M.B. (2005). Choking phobia in children and adolescents: rarely described but worth studying. In: *Adolescent eating disorders*, Swain, P., New York: Hauppauge, .
- Chorpita, B.F., Vitali, A.E. & Barlow, D.H. (1997). Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experiment. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 307-315.
- De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (1998). De behandeling van stikfobie: een op de verwerking van de traumatische ervaring gerichte benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 623-634.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E. & Renssen, M.R. (1999). Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69-85.
- De Jongh, A. (2000). Stikangst: Symptomatologie, diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 107, 8-11.
- De Jongh, A., Van den Oord, H.J.M., & Ten Broeke, E. (2002). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489-1503.
- De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (2006). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Hartcourt Publishers.
- Himle, J.A., Crystal, D., Curtis, G.C. & Fluent, T.E. (1991). Mode of onset of simple phobia subtypes: further evidence of heterogeneity. *Psychiatry Research*, 36, 37-43.
- Korrelboom, K. & Ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: The Free Press.
- McNally, R.J. (1994). Choking phobia: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 83-89.
- Muris, P., Merckelbach H. (2001). The etiology of childhood specific phobia: a multifactorial model. In: Vasey M.W., Dadds, M.R., eds. *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press. p. 355-85.
- Silverman, W.K. & Moreno, J. (2005). Specific phobia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 819-843.
- Verhulst F.C. & Verhey, F. (Ed.) (2000), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.