



ANAÏS HENDRICKX, STEFFI ROGIERS,
CÉLINE SWAENEN, CAROLIEN VAN EETVELDT,
SIETSE VOS & JANNE WILS

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	5
1.1. Terminologie	5
1.2. Soorten behandelingen	6
1.3. Wat is virtuele realiteit?	7
1.4. Keuze claustrofobie	7
1.5. Beschrijving concept angsthiërarchie	8
2. Technische aspecten en aandachtspunten	9
2.1. Hoe gebruikt u een VR-bril?	9
2.2. Richtlijnen	9
3. VR bij de behandeling van fobieën - praktisch	11
3.1. Angsthiërarchie	11
3.2. Voorwaarden	14
3.3. Behandeling	14
3.3.1. Diagnostisch interview	14
3.3.2. Psycho-educatie	15
3.3.3. Stappenplan	16
Nawoord	20
Referenties	21
Bijlagen	24

Voorwoord

We leven in een wereld waar leven zonder technologie ondenkbaar is geworden. Deze ontwikkeling breidt zich ook uit in de geestelijke gezondheidszorg en brengt heel wat voordelen met zich mee. In 2017 waren naar schatting 424.600 mensen in behandeling bij de huisarts voor een angststoornis: 141.700 mannen en 282.900 vrouwen. Dit blijkt uit een huisartsen registratie die werd uitgevoerd door de FOD volksgezondheid. Hierbij werden de gegevens van 'Nivel Zorgregistratie eerste lijn' gebruikt. Omdat beide aspecten duidelijk aanwezig zijn binnen de samenleving, is het een uitgelezen kans om ze te combineren en de vooruitstrevende technologie te gebruiken bij de behandeling van fobieën.

In deze handleiding wordt stap voor stap uitgelegd hoe virtual reality gebruikt kan worden bij de behandeling van fobieën. In het eerste deel worden enkele termen en behandelingen omschreven die helpen bij het omkaderen van de begrippen 'virtual reality' en 'angsthiërarchie'. In het tweede deel volgen de technische aspecten en aandachtspunten waarmee rekening dient gehouden te worden. Zo wordt er uitgelegd hoe een VR-bril werkt en welke richtlijnen er dienen gevolgd te worden wanneer een virtual reality therapie start. Tot slot worden in het derde deel de angsthiërarchie en het stappenplan beschreven dat de hulpverlener dient te doorlopen bij het gebruik van virtual reality bij de behandeling van fobieën.

In deze handleiding vindt u een voorbeeld dat werd uitgewerkt voor de specifieke fobie 'claustrofobie', maar in principe is deze handleiding bruikbaar bij de behandeling van verschillende fobieën.

Deze handleiding werd opgemaakt in het kader van een bachelorproef, door studenten Toegepaste Psychologie van Thomas More, Antwerpen.

Promotor: Dr. Marc Roelands

Studenten: Anaïs Hendrickx, Steffi Rogiers, Céline Swaenen, Carolien Van Eetveldt, Sietse Vos en Janne Wils.

1. Inleiding

In het eerste deel van deze handleiding worden een aantal belangrijke termen beschreven. Daarnaast worden de meest gebruikte behandelingen voor een fobie in de praktijk opgesomd. Hierna wordt het 'virtual reality' concept omschreven en wordt de keuze voor virtual reality exposure therapie (VRET) en claustrofobie kort toegelicht.

1.1. Terminologie

Angst is een emotie veroorzaakt door een waargenomen of een vooraf beleefde bedreiging, die meestal leidt tot een vermijding of ontwijking daarvan. Angst is dus de reactie die je vertoont op een situatie die je angstig maakt. Bij de confrontatie zal je dus hevige emoties ervaren die kunnen leiden tot het vermijden van de situatie (MijnKwartier, z.d.). Als angst ervoor zorgt dat je minder goed functioneert, blokkeert of panikeert en het je moeilijk maakt om een normaal sociaal of beroepsmatig leven te leiden, dan kun je spreken van een **angststoornis**. Zeker indien dit zich 6 maanden of langer voordoet (Angststoornis: Therapie en omgaan met angststoornissen, 2019).

Een **fobie** kan worden gedefinieerd als een intense, specifieke en overmatige angst voor een object of een situatie die op zich geen reëel gevaar vormt. Meestal doet de cliënt er alles aan om het huiveringwekkend object of een specifieke situatie te vermijden. Door deze situaties of objecten te vermijden, wordt de angst in stand gehouden (Rangaraj & Pélissolo, 2003).

Een **specifieke fobie** is een angststoornis. Bij een specifieke fobie heb je een hevige, irrationele angst voor bepaalde objecten, dieren of situaties. Het gaat om een continue angst. Je weet dat jouw angst irrationeel is, maar toch blijft de angst en paniek opkomen wanneer je met het voorwerp of de situatie wordt geconfronteerd. Deze specifieke situatie of het object is een fobische prikkel. Je kan zelfs angstig worden bij de gedachte aan deze prikkel. Het idee om ooit in een vliegtuig te stappen kan bijvoorbeeld voor een heftig en angstig gevoel zorgen (Lentis, z.d.).

Claustrofobie -of engtevrees- is een fobie voor kleine of afgesloten ruimtes en wordt beschouwd als één van de meest voorkomende fobieën in de praktijk. De oorzaak hiervan kan een traumatische gebeurtenis zijn die plaatsvond in een kleine/afgesloten ruimte, gepaard gaande met paniek die geassocieerd wordt met die kleine/afgesloten ruimte. Telkens wanneer een persoon met claustrofobie in een soortgelijke ruimte komt, wordt deze herinnerd aan die gebeurtenis. Het lichaam wil zichzelf beschermen tegen angst of pijn, waardoor deze soort ruimtes vermeden zullen worden.

Claustrofobie komt voor in twee vormen; een enkelvoudige vorm en een vorm waarbij **claustrofobie gekoppeld is aan een paniekstoornis**. Deze laatste vorm komt het meeste voor in de praktijk. Een paniekaanval bestaat uit diverse symptomen (snel ademen, hartkloppingen...) die voor de persoon als bedreigend worden beschouwd. Deze onjuiste interpretaties zijn hardnekkig en vormen de oorzaak van angst, waardoor de persoon voortdurend bang is om weer een paniekaanval te krijgen. Er wordt dus een angst ontwikkeld voor een angst. De definitief opgestelde angsthiërarchie is bruikbaar voor cliënten die aan beide vormen van claustrofobie lijden.

Vaak ontstaat paniek bij een ophoping van angst of negatieve emoties. De ophoping van angst kan veroorzaakt worden door confrontatie met een situatie die voor de persoon angst uitlokt. Als je een **paniekaanval** ervaart, kan je zowel psychologische als lichamelijke symptomen ervaren. Bij paniekaanvallen begin je vaak te zweten, te trillen en spieren op te spannen. Vaak krijg je het gevoel dat je geen controle meer hebt over je lichaam en soms kan het gebeuren dat je het contact verliest met je lichaam (MijnKwartier, z.d.).

Virtual Reality (VR) is een term die gebruikt wordt om een driedimensionale, computer gegenereerde omgeving te beschrijven die door een persoon kan geëxploreerd worden. De persoon wordt een deel van die virtuele wereld. We presenteren aan de zintuigen van de persoon informatie die niet echt is, waarop deze wel als echt ervaren kan worden. Een virtuele wereld kan geëxploreerd worden via een Virtual Reality bril. Dit is een instrument dat voor de ogen van de cliënt geplaatst wordt, waardoor de persoon het virtuele beeld te zien krijgt (Virtual Reality Society, z.d.).

VRET of **Virtual Reality Exposure Therapy** is een alternatief voor de standaard gebruikte loutere blootstelling. Hierbij wordt de cliënt blootgesteld aan zijn angststimulus in een virtuele wereld door middel van een VR-bril. VRET is potentieel een efficiënte en rendabele behandeling voor angststoornissen (Rothbaum, Hodges, & Kooper, 1997).

1.2 Soorten behandelingen

Een eerste stap bij het behandelen van een fobie, is erover durven praten. Therapeuten bieden namelijk verschillende therapieën aan die nuttig kunnen zijn bij de behandeling ervan. Uit de literatuur blijkt dat bij de behandeling van fobieën vooral gebruik wordt gemaakt van de methode 'cognitieve gedragstherapie' met verschillende soorten exposure waarvan virtual reality exposure therapie (VRET) er één van is. (Yujuan, Fyer & Lipsitz, 2007). Bij **cognitieve gedragstherapie** ligt de nadruk op het anders leren kijken naar het object of de situatie die angst opwekt. In deze therapie wordt ervan uitgegaan dat onze cognities of gedachten een invloed hebben op ons gedrag en in wisselwerking staan (Yujuan, Fyer & Lipsitz, 2007).

De therapeutische interventie 'exposure' is een essentieel onderdeel van de cognitieve gedragstherapie. Hierbij zorgt herhaaldelijke blootstelling aan een specifiek angstopwekkend object of situatie ervoor dat deze angst na verloop van tijd zal dalen (Trachik, et al., 2018). Er zijn veel verschillende soorten exposure te onderscheiden; allereerst de **exposure in vivo**. Exposure in vivo is een vorm van exposure waarbij de client in de dagelijkse praktijk wordt blootgesteld aan een voor hem beangstigende situatie. Ook hier zal door regelmatige blootstelling aan de situatie(s) een gewenning optreden met als bijkomend gevolg een reductie van het algemeen angstniveau (Mondriaan, z.d.).

Ten tweede de **graduele exposure**, dit is een andere vorm van exposure waarbij de cliënt in haalbare stappen wordt blootgesteld aan de beangstigende situatie(s). Hierbij wordt gewerkt met een angsthiërarchie, waarbij begonnen wordt met een relatief makkelijk begin, om zo steeds moeilijkere stappen te bereiken (voedingspsychologie, z.d.).

Tot slot is er nog **Virtual Reality Exposure Therapy** of VRET. Dit is een alternatief voor de standaard gebruikte blootstelling en wordt de laatste jaren meer en meer gebruikt. Deze behandeling is vergelijkbaar met graduele exposure therapie; zo werkt VRET ook stapsgewijs en zal de cliënt telkens blootgesteld worden aan de angststimuli. Het enige grote verschil met graduele exposure therapie is dat dit plaatsvindt in een 3D-omgeving (Emmelkamp et al., 2009) en dus niet in vivo of in de realiteit.

Naast deze therapieën zijn er nog andere aanvullende manieren om een fobie te behandelen. Zo kan het eventueel noodzakelijk zijn om over te schakelen op **medicatie (farmacotherapie)** als de psychologische interventies niet voldoende effect hebben op de behandeling van de angststoornis (Gouw, 2018). Belangrijk hierbij is dat enkel farmacotherapie bij een angststoornis niet effectief is op lange termijn.

Verder kan **mindfulness** of een andere **relaxatieoefening** angst-remmend of kalmerend werken (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Bij mindfulness wordt aandacht gegeven aan het genieten van de kleine dingen, minder stress te ervaren, minder te piekeren en tot bewustere beslissingen te komen. Je kan beter omgaan met uitdagingen (Dewulf, 2019).

De **acceptatie-en commitment therapie** is een therapie die je helpt om een bewust en waardevol leven te leiden door je te leren omgaan met onaangename gevoelens, een gezonde afstand te nemen van negatieve gedachten (acceptatie), remmingen weg te nemen en je te richten op wat echt belangrijk is in jouw leven (commitment) (ACT Academie, z.d.). Deze therapie kan voor sommige cliënten werken, maar is wetenschappelijk samen met andere relaxatieoefeningen onvoldoende ondersteund (Angstcentrum Socrato, z.d.).

1.3. Wat is virtuele realiteit?

VR is de afkorting van virtual reality, in het Nederlands virtuele realiteit, en omschrijft het gehele concept van gecapteerde of met de computer vervaardigde beelden die virtueel kunnen worden aangeboden. U kan deze beelden bekijken door gebruik te maken van een hiervoor ontwikkelde VR-bril, waarbij beelden als een echte omgeving gezien worden. De persoon die deze beelden bekijkt, krijgt op deze manier de mogelijkheid rond te kijken in deze omgeving, wat met zich meebrengt dat datgene wat men ziet steeds dichterbij de werkelijkheid. Letterlijk maar zeker niet onjuist vertaald, bevindt hij zich dan in een virtuele realiteit. Hiervan bestaan twee soorten; bij de eerste soort kan de persoon rondkijken in de virtuele wereld, maar niet van positie veranderen. Bij de tweede soort kan men ook rondlopen. De laatste soort wordt in deze handleiding niet gebruikt. Er zal enkel gebruik worden gemaakt van eenvoudige 360° gecapteerde beelden waarin kan worden rondgekeken vanop 1 bepaald punt, het capteerpunt.

1.4. Keuze claustrofobie

In de literatuur werd gevonden dat VRET niet bij elke soort angst even effectief is. De effectiviteit van VRET is het grootst bij angsten die gekoppeld zijn aan bepaalde situaties, bv. vliegangst, hoogtevrees, claustrofobie,... Hierbij is het maken van 360° video niet altijd eenvoudig, doordat er rekening moet worden gehouden met verschillende factoren. Zo moet je over een omgeving beschikken die geschikt is voor het capteren van de beelden, het nodige materiaal, alsook de controle over externe factoren.

Dit wil zeggen dat je voor het maken van beelden omtrent arachnofobie over verschillende soorten spinnen moet beschikken, die het gewenste gedrag vertonen. Claustrofobie was hierdoor ook één van de meest haalbare fobieën om op beeld vast te leggen. Door de aangehaalde, diverse redenen werd gekozen om een hiërarchie met bijhorende 360° video's op te stellen rond claustrofobie.

1.5. Beschrijving concept angsthiërarchie

De exposurevorm waarmee in deze handleiding gewerkt wordt, is VRET. Dit is graduele exposure in combinatie met het aanbieden van VR-beelden via een VR-bril. Er worden verschillende gradaties opgesteld, omdat de eerste stap in het algemeen niet als beangstigend wordt beoordeeld en zo verder gegaan kan worden naar steeds meer angst opwekkende beelden. Belangrijk om hierbij op te merken is dat er pas over mag worden gegaan naar een volgende stap, wanneer de angst in de huidige stap aanzienlijk verlaagd is en deze stap dus geen angst meer opwekt bij de cliënt.

Deze verschillende stappen worden in een algemene angsthiërarchie opgenomen. Deze kan samen met de cliënt nog aangepast worden naargelang de individuele diversiteit en gezien de vooropgestelde hiërarchie niet voor iedereen, in deze volgorde, de gewenste werking zal hebben. Zo zullen sommige cliënten bijvoorbeeld het gebruik van een glazen lift verkiezen boven het gebruik van een lift met bewegende wand, etc.

De verschillende stappen bestaan uit beeldmateriaal van verschillende lokalen die telkens nog eens voorzien worden van verschillende levels. Een verschil in level voor eenzelfde locatie kan bijvoorbeeld de aan- of afwezigheid van deuren en ramen betekenen. Het eigenlijke doel is het doorlopen van de angsthiërarchie tot de laatste stap en level van de zelfaangepaste hiërarchie, gepaard gaande met een effectieve vermindering van angstgevoelens ten aanzien van de fobische angst.

2. Technische aspecten en aandachtspunten

In dit deel van de handleiding wordt vooreerst de praktische kant omtrent het gebruik van een VR-bril toegelicht. Er wordt uitgelegd hoe de therapeut de VR-bril moet voorbereiden voor gebruik tijdens de sessie. Ten tweede worden er regels aangehaald die te vinden zijn in het behandelingsprotocol van patiënten met een specifieke fobie van de Jong en Keijsers (z.d.). Ten slotte wordt de informatie die verkregen werd bij experts toegelicht.

2.1. Hoe gebruikt u een VR-bril?

De VR-bril die gebruikt wordt in deze handleiding is de Oculus Go. Wanneer u de VR-bril Oculus Go voor de eerste keer gebruikt en nog dient in te stellen, kan u deze video bekijken voor meer uitleg. <https://www.youtube.com/watch?v=2WTK4p1-Pp0>

Hieronder wordt stap voor stap beschreven hoe een VR-bril wordt opgestart en opgezet bij een cliënt wanneer men gebruik maakt van VRET-behandeling.

1. Laad de batterij van de VR-bril op voor elk gebruik in een behandelingsituatie. Gebruik hiervoor een 2A USB-voeding.
2. Zet de bril op het hoofd van de cliënt. Help hierbij en verbaliseer al wat je doet zodat de cliënt zich betrokken en dus subject blijft voelen.
3. Pas de elastische banden aan de afmetingen van het hoofd van de cliënt aan. Zorg dat de elastische banden voldoende ver achter het hoofd komen om de bril stabiel te bevestigen.
4. Schakel de bril in door op de knop in het midden vooraan te drukken.
5. Geef de controller aan de cliënt. Vraag deze de controller recht vooruit te richten en op de knop te drukken die het dichtst bij haar/hem staat. Wacht tot je het signaal krijgt dat de positie bepaald wordt.
6. Laat de cliënt naar het onderste menu bekijken en laat hem/haar klikken op 'Navigeren' en nadien op 'Galerij'.
7. Boven het menu zullen bronnen verschijnen: laat de cliënt klikken op 'Interne opslag'.
8. Zeg tegen de cliënt dat hij via 'Albums' of 'Alle media' in het bovenste menu de 360° videobestanden kan terugvinden.
9. Zeg tegen de cliënt dat hij het geluid kan regelen met één knop, links op de bril.

2.2. Richtlijnen

De specifieke fobie heeft de hoogste prevalentie van alle angststoornissen. Aan de basis van deze verschillende specifieke fobieën liggen allerlei cognitieve processen. Zo zorgen redeneerfouten en selectieve aandacht voor de instandhouding en zelfs de versterking van de specifieke fobie. Vermijdings- en vluchtgedrag maken het de fobici vervolgens moeilijk om irrationele opvattingen bij

te stellen, aangezien ze zo eventueel corrigerende ervaringen vermijden. Het doorbreken van dit vermijdings- en vluchtgedrag is de centrale component van alle werkzame interventies voor een specifieke fobie.

In regel kennen de angstklachten, gepaard aan een specifieke fobie, een chronisch verloop en verdwijnen ze niet vanzelf. Graduele exposure (in vivo) therapie is de voorkeursbehandeling bij een specifieke fobie. Ondanks de grote diversiteit aan gevreesde stimuli is de basale aanpak van een exposurebehandeling steeds hetzelfde.

Loutere blootstelling ligt aan de basis, met als doel de ervaren angstklachten te reduceren. Exposure in vivo wordt gezien als een effectievere behandelmethode dan exposure in vitro, imaginaire desensitisatie en observationeel leren. Verder meer wordt psychofarmaca vrijwel nooit gebruikt. Een voorbeeld waarbij psychofarmaca wel van toepassing is, is het gebruik van benzodiazepine Alprazolam bij vliegangst. De gangbaarste opvatting op dit moment is dat exposure heel effectief is, omdat het een heel indringende manier is om dreigverwachtingen te ontcrachten alsook de associatie tussen fobierelevante stimuli. Op deze manier worden veilige uitkomsten van de gevreesde situatie in het geheugennetwerk versterkt. Belangrijk voor een gunstig langetermijnresultaat is dat mensen de behandeling zien als een startpunt en thuis verder blijven oefenen. Het geleerde, of soms beter het afgeleerde, dient zoveel mogelijk gegeneraliseerd en toegepast te worden in de eigen leefsituatie. Om de effectiviteit van de behandeling vast te stellen, kan de zelfgerapporteerde angst voor bepaalde stimuli en gelinkt aan een specifieke fobie, zowel voor als na de behandeling, gemeten worden met behulp van een op de fobie toegesneden variant van de Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979).

Bij de behandeling van specifieke fobieën vervult psycho-educatie een belangrijke rol (Angstcentrum Socrato, z.d.). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen claustrofobie met en zonder een paniekstoornis. Bij beide soorten kan psycho-educatie gegeven worden volgens het schema van Angstcentrum Socrato. Het enige verschil is dat bij claustrofobie met een paniekstoornis eerder de nadruk meer wordt gelegd op de daarbij gepaard gaande paniekaanvallen. Daarnaast haalt het centrum aan dat, indien er sprake is van cognitieve interventies, deze vooraf plaats dienen te vinden. Daarna moeten ze oefentijd krijgen voor het aanleren van nieuwe denkpatronen. Ook benoemt Socrato het belang van exposure in vivo. VRET zonder exposure geeft grotere kans tot herval aangezien de cliënt weet dat de situatie niet echt is. Hierdoor is het aangewezen om na VRET, exposure in vivo toe te voegen. Toch is het nog steeds belangrijk om de beelden zo echt mogelijk te doen lijken, om dit gevoel te beperken. Ook geeft het centrum aan dat er een spreektekst getoond wordt aan de cliënt vooraleer met VRET aan de slag te gaan. De spreektekst houdt in wat er wel en niet gedaan mag worden tijdens de blootstelling. Dit voorkomt het risico op verhoging van de angst bij de patiënt, wat de effectiviteit van de behandeling negatief zou kunnen beïnvloeden. Op deze manier zou de kans op herval weer groter worden wat moet vermeden worden.

Tenslotte geeft Dr. Tom Van Daele het belang van de houding aan naargelang de context waar cliënt zich bevindt. Deze moet hetzelfde zijn als de persoon in de video om zo een optimaal effect van de behandeling te garanderen.

Deel 3: VR bij de behandeling van fobieën - praktisch

In dit deel van de handleiding zal stapsgewijs worden uitgelegd hoe virtual reality gebruikt kan worden als behandelmethode bij fobieën. Eerst zal de opgestelde angsthiërarchie worden toegelicht. Deze werd opgesteld en aangepast aan de hand van literatuur en feedback die gegeven werd door experts. Ten tweede zullen een aantal voorwaarden besproken worden, waarmee psychologische hulpverleners het best rekening houden als zij de cliënt gaan behandelen met VRET. Tot slot wordt stap voor stap toegelicht hoe de behandeling in zijn werk gaat.

3.1. Angsthiërarchie

Hieronder kan u de opgestelde angsthiërarchie terugvinden. In deze angsthiërarchie worden situaties opgesteld die angst opwekken bij mensen met claustrofobie. Deze hiërarchie is algemeen toepasbaar, wat wil zeggen dat deze kan gebruikt worden voor de meeste mensen met claustrofobie. Wanneer men kiest voor virtual reality als behandeling van claustrofobie, is het aangewezen om samen met de cliënt een individuele angsthiërarchie op te stellen die geldt voor de cliënt.

Deze angsthiërarchie is gradueel opgebouwd, vertrekkend van een situatie die weinig angst opwekt tot een situatie die veel angst opwekt. Wanneer virtual reality gebruikt wordt als behandeling van claustrofobie wordt de individueel opgestelde angsthiërarchie stapsgewijs doorlopen. Hierbij is het belangrijk dat er pas naar een volgende stap wordt overgegaan wanneer de angst voor de vorige situatie overwonnen is.

Elke situatie die wordt beschreven, werd gefilmd met een 360° camera. Deze video's kunnen teruggevonden worden op het Youtube-kanaal van e-mental health.

	Scène	Omschrijving	Level	Moeilijkheidsgraad
0.	Introductievideo	kennismaking 360°	/	/
1.	Aula deur open	Je zit alleen vooraan in een aula, dicht bij de uitgang en de deur is open.	Lvl - 1	Makkelijk
2.	Aula deur gesloten, vooraan	Je zit alleen vooraan in een aula, dicht bij de uitgang en de deur is gesloten.	Lvl - 2	Makkelijk
3.	Aula deur gesloten, midden	Je zit alleen in het midden van een aula en de deur is gesloten.	Lvl - 3	Makkelijk
4.	Lokaal, deur en ramen open	Je zit alleen in het midden van een klaslokaal en de deur en ramen staan open.	Lvl - 1	Medium
5.	Lokaal, deur + ramen gesloten (gordijnen dicht)	Je zit alleen in het midden van een klaslokaal en de deur, ramen en gordijnen zijn gesloten.	Lvl - 2	Medium
6.	Klein lokaal, gordijnen omhoog	Je staat alleen in een klein lokaal. De gordijnen zijn omhoog.	Lvl - 1	Moeilijk
7.	Klein lokaal, gordijnen omlaag	Je staat alleen in een klein lokaal. De gordijnen zijn omlaag.	Lvl - 2	Moeilijk
8.	Klein lokaal zonder ramen, deur open zonder meubels	Je staat alleen in een klein lokaal zonder ramen en zonder meubels. De deur staat open.	Lvl - 1	Moeilijk

9.	Klein lokaal zonder ramen, deur toe zonder meubels	Je staat alleen in een klein lokaal zonder ramen en zonder meubels. De deur is gesloten.	Lvl - 2	Moeilijk
10.	Klein lokaal zonder ramen, deur open met meubels	Je staat alleen in een klein lokaal zonder ramen, met meubels en de deur staat open.	Lvl - 3	Moeilijk
11.	Klein lokaal zonder ramen, deur toe met meubels	Je staat alleen in een klein lokaal zonder ramen, met meubels en de deur is gesloten.	Lvl - 4	Moeilijk
12.	Klein lokaal zonder ramen, deur toe met meubels + mensen	Je staat in een klein lokaal zonder ramen. De deur is gesloten en er zijn meubels en mensen aanwezig.	Lvl - 5	Moeilijk
13.	Glazen lift zonder mensen	Je staat alleen in een glazen lift.	Lvl - 1	Zeer moeilijk
14.	Glazen lift met mensen	Je staat in een glazen lift en er stappen mensen in.	Lvl - 2	Zeer moeilijk
15.	Gesloten lift zonder mensen	Je staat alleen in de lift. De lift sluit en gaat omhoog.	Lvl - 1	Extreem
16.	Gesloten lift met mensen	Je staat in de lift en er stappen mensen in op een andere verdieping.	Lvl - 2	Extreem
17.	Lift met bewegende deuren zonder mensen	Je staat alleen in een lift waarvan de deuren bewegen.	Lvl - 1	Extreem
18.	Lift met bewegende deuren met mensen	Je staat in een lift waarvan de deuren bewegen en er stappen mensen in op een andere verdieping.	Lvl - 2	Extreem

3.2. Voorwaarden

Hieronder worden enkele voorwaarden beschreven waarmee rekening dient gehouden te worden vooraleer de psychologische hulpverlener VRET gebruikt. Deze voorwaarden kunnen o.a. een belangrijke rol hebben op de effectiviteit van VRET.

Ten eerste dienen cognitieve interventies (cognitieve therapie) vooraf plaats te vinden: onjuiste gedachten, analyse van gedachten, mogelijke alternatieven... Maar ook: wat zijn gedachten? Hoe komen deze tot stand? Met daarna enige oefentijd om te experimenteren met de gevonden alternatieve gedachten.

Ten tweede zal VRET zonder exposure in vivo mogelijks een vals resultaat geven als gevolg een hoger risico op herval. Dit betekent dat VRET het best opgevolgd kan worden met exposure in vivo in de vorm van huiswerkopdrachten. Wanneer de cliënt exposure doet in de vorm van huiswerkopdrachten, is het essentieel om het huiswerk goed te instrueren, zodat er geen onduidelijkheid is over de aard en frequentie van de oefeningen. Vanzelfsprekend is het ook belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan de motivatie van de cliënt om het huiswerk uit te voeren (de Beurs & van Widenfelt, 2004).

Ten derde is het belangrijk dat de VRET-beelden zo realistisch mogelijk zijn. De betrokkene mag de omgeving niet als 'fake' beschouwen. Het angstnetwerk moet geactiveerd worden, dit kan onder andere gemeten worden door fysiologische reactiviteit. Het is dus van belang dat de cliënten zich goed inleven in een virtuele omgeving om het angstnetwerk te activeren. De term 'presence' verwijst naar een psychologische toestand waarin virtuele werelden als echt ervaren worden. Virtuele werelden worden als voldoende echt ervaren als hetzelfde angstnetwerk geactiveerd wordt in het brein van de patiënt als in de realiteit (Emmelkamp & Meyerbröker, 2011).

Tot slot moet de instelling over computers, 'head mounted device' en de nodige software beschikken (Emmelkamp & Meyerbröker, 2011).

3.3. Behandeling

Hieronder wordt stap voor stap uitgelegd hoe u virtual reality kan gebruiken als behandelmethode bij claustrofobie. Eerst zal een diagnostisch interview afgenomen worden, waarbij de angst van de cliënt uitgebreid wordt bevraagd. Aan de hand van de bekomen informatie kunnen de angstklachten van de cliënt in kaart worden gebracht. Ten tweede wordt een psycho-educatie over angst gegeven aan de cliënt. Nadat deze stappen doorlopen zijn, start de eigenlijke behandeling. Hieronder wordt stap voor stap beschreven wat er van de behandelaar verwacht wordt.

3.3.1. Diagnostisch interview

Inventarisatie van de klachten

Bij de start van de behandeling geven de Jong en Keijsers (z.d.) aan dat het belangrijk is te beginnen met een korte kennismaking. Hierbij heet u de cliënt welkom, vraagt u naar de klachten, bouwt u een vertrouwensrelatie op en geeft u op het einde van het gesprek verdere informatie inzake de planning voor de volgende dagen.

Om na te gaan of er werkelijk sprake is van een fobie, dient een diagnostisch interview bij de cliënt afgenomen te worden. Een diagnostisch interview maakt het mogelijk om een diagnose op te stellen, gebaseerd op de DSM-IV-criteria waarin de items gescoord worden naargelang klinische relevantie (Hulpvragen, z.d.). Na een eerste globale inventarisatie van de klachten vraagt u naar de aard van de angst-oproepende stimuli. In geval van claustrofobie is het de vraag of de ervaren angst afhankelijk is van het type gebouw, het gedrag van de omstaanders, de situatie, etc.

Vervolgens vraagt u naar de emotionele, lichamelijke, cognitieve en gedragsmatige reacties. Welke emoties ervaart de cliënt? Welke lichamelijke reacties treden op? Welke gedachten of beelden komen naar boven? Wat is het gedrag van de cliënt op dat moment? U kan vragen met welke frequentie de klachten zich voordoen en wat de ernst is van deze klachten. Inventariseer deze in korte- en langetermijnevolgen.

Om een indicatie te krijgen over de eigenheid van de claustrofobische angst (soort claustrofobie, welk type, type paniekaanval of type specifieke fobie), kan een vragenlijst afgenomen worden. Voorbeelden van zulke vragenlijsten zijn de GEG-schaal Paniekstoornis, Vermijding Paniekstoornissen en de Paniekschaal (Angstcentrum Socrato, z.d.) (zie bijlage 1).

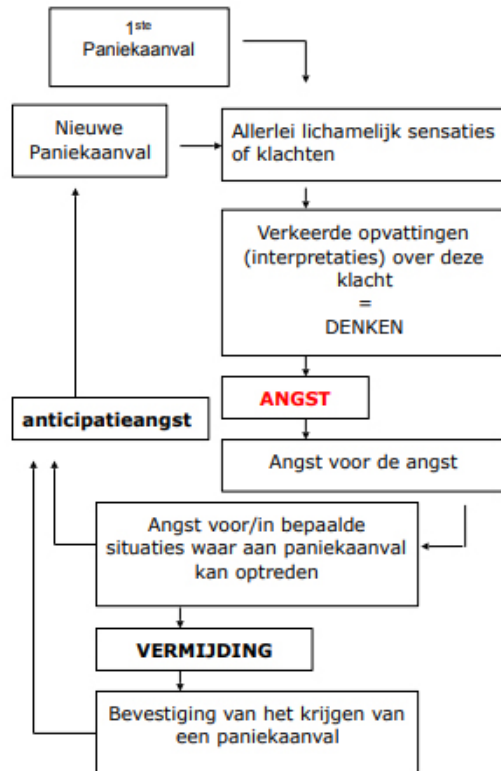
Inventarisatie van catastrofale cognities

Vraag aan de cliënt om een recente confrontatie voor de geest te halen of zich een gevreesde situatie voor te stellen. Ga na wat voor de cliënt het ergste is wat er in die situatie zou kunnen gebeuren en vraag wat er zou kunnen gebeuren wanneer vluchtgedrag, vermijdingsgedrag of controle niet mogelijk zouden zijn. Op deze manier kunnen belangrijke cognities gevonden worden die een grote rol kunnen spelen bij de instandhouding van de fobie (de Jong & Keijsers, z.d.).

Vaak blijken er nog diverse andere irrationele opvattingen te zijn met betrekking tot de angstopwekkende stimuli dan degene die tijdens de eerste sessie naar voren komen. Meestal is de cliënt zich hier niet meteen van bewust. Het is dus belangrijk tijdens de virtual reality exposure therapie alert te zijn op situaties die plots leiden tot angst of vluchtgedrag. Vraag op dat moment naar de reden van het gedrag en wat het ergste is dat zou kunnen gebeuren (voorspellingen). Op deze manier worden die irrationele opvattingen expliciet. Nadien dient de exposure therapie zodanig aangepast te worden dat deze irrationele opvattingen getest kunnen worden.

3.3.2. Psycho-educatie

Als volgende stap dient er psycho-educatie over angst gegeven te worden aan de cliënt en zijn omgeving. Deze kan gegeven worden in verschillende sessies. Zoals eerder vermeld bestaat er zowel enkelvoudige claustrofobie als claustrofobie met een paniekstoornis. De gegeven psycho-educatie dient te worden aangepast naargelang de leeftijd en/of de problemen die zich voordoen. Het is belangrijk dat de volgende onderwerpen aangehaald worden in deze psycho-educatie, afhankelijk van de problematiek die aanwezig is: Wat is angst?, verschil tussen angst en fobie?, wat is een angststoornis?, voorkomen van fobie in de populatie?, waarvoor dient angst?, oorzaken?, wat is een specifieke fobie?, wat is een paniekstoornis?, kenmerken en soorten van een paniekaanval? wat is een claustrofobische reactie?, en behandelopties?. Wanneer er sprake is van claustrofobie met een paniekstoornis, is het aangewezen om je te baseren op de hieronder weergegeven schematische voorstelling (Angstcentrum Socrato, z.d.).



Verder beschrijven de Jong en Keijsers (z.d.) ook een rationale in hun kortdurende protocollaire behandeling van patiënten met een specifieke fobie. Deze rationale beschrijft hoe vermijdings- en vluchtreacties de fobische angst in stand kunnen houden en hoe deze behandeling de cliënt kan ondersteunen om tegen deze reacties in te gaan. In dit protocol wordt het principe van exposurebehandeling bij fobieën verder uitgelegd. U kan dit document raadplegen via de link in de referentielijst.

3.3.3. Stappenplan

In dit onderdeel zal worden beschreven hoe 360° video's gebruikt kunnen worden bij exposure therapie. Meer specifiek zal uitgelegd worden hoe de bijhorende 360° video's rond claustrofobie toegepast kunnen worden bij de behandeling van claustrofobie. Dit stappenplan werd opgesteld op basis van de eerder beschreven angsthiërarchie en een standaard protocol voor de behandeling van fobieën zoals beschreven door de Jong en Keijsers (z.d.).

Vorbereiding exposure

Om te beginnen is het zeer belangrijk om goed voorbereid aan de exposuresessies te beginnen. Op basis van het diagnostisch interview -dat hierboven beschreven staat- en de afgenomen vragenlijsten, dient bepaald te worden op welke manier de gevreesde stimuli op een gecontroleerde en graduele manier kunnen worden getoond aan de client. In deze handleiding werd claustrofobie gebruikt om het principe van 360° video bij exposure duidelijk te maken. Vervolgens dient psycho-educatie gegeven te worden, waarin o.a. de rationale uitgelegd wordt aan de cliënt. Het doel hiervan is om de cliënt duidelijk te maken dat vermijdings- en vluchtreacties de fobische angst in stand kunnen houden en hoe deze behandeling hier zal ondersteunen. Hoe dit concreet in zijn werk gaat, wordt beschreven in het onderdeel 'psycho-educatie'.

Graduele exposure

Blootstelling aan de angstopwekkende situatie vormt de kern van de behandeling en behoort tot de volgende stap in de behandeling. Hierbij is het belangrijk om aan de cliënt mee te geven dat er in de sessies niets zal gebeuren zonder zijn/haar toestemming. Zo beslist de cliënt over iedere stap die genomen zal worden en hij/zij geeft aan wanneer hij/zij klaar is om naar een volgende stap over te gaan. Om de stappen duidelijk te maken voor de cliënt, wordt gebruik gemaakt van een angsthiërarchie. Bij de toepassing voor claustrofobie werd zoals eerder aangegeven een universele angsthiërarchie opgenomen. Deze dient u mogelijks samen met de cliënt aan te passen omdat de angst van elke cliënt verschillend is en de vooropgestelde hiërarchie niet voor iedereen, in deze volgorde, de gewenste werking zal hebben. Dus het komt erop neer dat u een op maat gemaakte angsthiërarchie opstelt met de cliënt.

Een mogelijk gevaar bij exposure is het vroegtijdig afhaken van de cliënt tijdens de exposuresessies of zelfs definitief stoppen met de behandeling. Afhaken tijdens het oefenen of wegvluchten uit de situatie omdat de angst te hoog oploopt, zal door de cliënt als een mislukking ervaren worden. Het lijkt dan beter te kiezen voor de graduele methode (de Beurs & van Widenfelt, 2004). Zie erop toe dat de vooropgestelde stap niet te moeilijk is en met succes doorlopen kan worden. Stel vervolgens samen met de cliënt een einddoel op dat hij/zij tegen het einde van deze sessie kan bereiken. Pas als de spanning in de gevreesde situatie in voldoende mate is gedaald, wordt de cliënt gestimuleerd een volgende stap te zetten in zijn/haar angsthiërarchie en/of zelfstandig de volledige scène te doen zonder begeleider dichtbij (Angstcentrum Socrato z.d.).

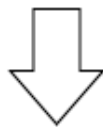
Sessie

In het onderstaande deel zal het verloop van een mogelijke exposuresessie toegelicht worden aan de hand van een stappenplan op basis van de 'universele' angsthiërarchie en de 360° video's die werden toegepast op claustrofobie. De stappen zijn opgesplitst in drie delen (voorbereiding, uitvoering en nazorg). Deze werden grotendeels gebaseerd op de kortdurende protocollaire behandeling van De Jong en Keijsers (z.d.).

Stappenplan

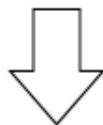
Vorbereiding

1. Intakegesprek met eventueel al diagnostisch interview aan de hand van vragenlijsten. Dit kan ook tijdens een opvolgende sessie.
2. Opstellen van individuele angsthiërarchie cliënt, op basis van resultaten diagnostisch interview. (protocol in bijlage)
3. Verzamelen benodigd materiaal, dit hangt af van de individuele angsthiërarchie. Stel een einddoel op voor elke scène.
4. Laat de introductievideo zien aan de cliënt. Op deze manier kan de cliënt kennismaken met 360° video. Laat in deze stap ook nog wat ruimte voor eventuele vragen die de cliënt nog heeft in verband met de werking van virtual reality.
5. Laat de cliënt een voorspelling doen, wanneer hij/zij wordt blootgesteld aan een nieuwe situatie, over wat hij/zij denkt dat zal gebeuren binnen deze situatie. Noteer deze voorspelling.



Uitvoering

6. Ga over naar de eerste stap in de hiërarchie en toon de bijbehorende video, nl. de 360° video waarbij de persoon alleen en vooraan in een aula plaatsneemt. De cliënt zit in deze situatie dicht bij de uitgang en de deur staat open.
7. Analyseer of de situatie in dezelfde mate angst opwekt zoals in het echte leven. Dit wordt gemeten aan de hand van de mate van 'presence'.
8. Moedig de cliënt aan om zo lang mogelijk in deze situatie te blijven totdat de angst zich neutraliseert.
9. Ga de gedachten van de cliënt na. Experimenteer met alternatieve gedachten. Herhaal indien nodig de informatie uit de gegeven psycho-educatie.
10. Voeg ademhalingsoefeningen of relaxatietechnieken mogelijks toe.
11. Pols naar reeds opgedane ervaring na het uitvoeren van deze stap.
12. Laat de cliënt een hernieuwde voorspelling doen over de verwachte uitkomst.
13. Wanneer de cliënt aangeeft nog steeds een bepaalde angst te ervaren in deze situatie, nodig de cliënt dan uit om deze stap uit de angsthiërarchie te herhalen.
14. Bespreek samen met de cliënt of er een mogelijk incompatibel gevoel aanwezig is tussen de voorspellingen voor en na het blootgesteld worden aan de 360° video situatie.
15. Laat de cliënt beschrijven welke informatie hij/zij zal onthouden na het bekijken van deze 360° video.



Nazorg

- 16.** Geef huiswerkopdrachten mee om de cliënt het aangeleerde o.b.v. VRET toe te passen in de realiteit (exposure in vivo), al dan niet in aanwezigheid met een partner of vertrouwenspersoon waardoor het oefenen gemakkelijker wordt. Ga de mate van motivatie na inzake het huiswerk. Leg het huiswerk goed uit wat betreft de aard en frequentie.
- 17.** Tijdens de volgende sessie bespreek je de huiswerk opdracht met de client. Hierbij kan je overlopen hoe de client het heeft ervaren en welke moeilijkheden zich eventueel voordeden.
- 18.** Indien de client aangeeft dat men geen angst meer ervaart bij de huidige stap, dan kan overgegaan worden naar de volgende stap in de hiërarchie met de bijhorende video.
- 19.** Herhaal bij elke stap in de hiërarchie dit stappenplan. Indien de angst van de cliënt voldoende verlaagd is, kan de cliënt proberen de sessies zelfstandig te voltooien.

In bijlage 2 kan u een schematische weergave van dit stappenplan terugvinden. Dit schema biedt een houvast tijdens de exposuresessie(s) wanneer de behandelaar reeds vertrouwd is met bovengenoemde stappen.

Nawoord

Deze handleiding werd tot stand gebracht omdat er tot op heden nog geen handleiding werd ontwikkeld over een behandeling van fobieën door middel van VRET bij langdurige therapie. Hopelijk zal deze handleiding de aanzet geven tot verdere uitwerkingen van een relatief jonge, maar veelbelovende behandeling. Verder dient ook opgemerkt te worden dat uit eerder uitgevoerd onderzoek geen gebruik gemaakt werd van een gedragstest na de behandeling van VRET, waardoor nog geen wetenschappelijke informatie voorhanden is over de langetermijneffecten van VRET als behandeling bij fobieën.

Hoewel bij de opmaak van deze handleiding heel wat bronnen geraadpleegd zijn, worden beperkingen niet uitgesloten. De handleiding is opgesteld voor psychologisch geschoolden, wat betekent dat een opleiding eerst gevolgd moet worden alvorens deze handleiding te gebruiken. Ook dient de cliënt steeds begeleid te worden door een hulpverlener wanneer hij/zij gebruik wenst te maken van deze behandeling. Een beperking die hierbij aansluit, is dat er geen informatie wordt gericht naar de cliënt waardoor deze niet autonoom aan de slag kan gaan met deze handleiding.

Tenslotte dient deze handleiding in de toekomst zeker nog getest te worden. De opgemaakte angsthiërarchie werd wel afgetoetst bij deskundigen die ervaring en kennis hebben in het behandelen van fobieën. De therapeut dient de nodige creativiteit aan de dag te leggen wanneer een volgende stap in de hiërarchie te uitdagend wordt bevonden door de cliënt. Tussenschappen kunnen worden gebruikt vooraleer er wordt overgegaan naar de volgende stap in de hiërarchie. Door verder onderzoek hierover te verrichten, kan nagegaan worden of de behandeling effectief een positieve werking heeft bij personen met een fobie.

Referenties

- ACT Academie (z.d.). *Wat is ACT*. Geraadpleegd 1 april 2019, van <https://act-academie.be/wat-is-act-is-het-voor-mij>
- Angstcentrum Socrato (z.d.). De specialist die u helpt om uw angst of fobie aan te pakken. Geraadpleegd op 10 december 2018, van <https://www.angstcentrum.be>
- De Beurs E., & van Widenfelt B. (2004). Blootstelling aan angst: behandeling met exposure. *Psychopraxis, 06*, 18-22. doi: 10.1007/BF03072127
- De Jong, P., & Keijsers, G (z.d.). *Kortdurende protocollaire behandeling van patiënten met een specifieke fobie*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van protocollairebehandeling.specifiekefobie.pdf
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Visser, S. (2009). Angststoornissen en hypochondrie: Diagnostiek en behandeling. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://linkspringercom.am.thomasmore.ezproxy.kuleuven.be/book/10.1007%2F978-90-313-7356-7>
- Emmelkamp, P.M.G., & Meyerbröker, K. (2011). Virtual Reality Exposure Therapie. *Psychopraktijk, 37* (3). <https://doi.org/10.1007/s13170-011-0011-y>
- Faresa. (z.d.). *Behandeling angststoornis*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van www.faresa.be/angststoornis.html
- Gouw, A. (2018). E-consult bij medicatie voor een angststoornis. *Huisarts en wetenschap, 61*, 65-68. doi:10.1007/s12445-018-0001-y
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Hulpgids (z.d.). *Angststoornissen – vragenlijsten*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://hulpgids.nl/informatie/ziektebeelden/angststoornissen/angststoornissen-interviews>
- IAM Instituut voor aandacht & mindfulness (z.d.). *FAQ mindfulness*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://aandacht.be/faq-mindfulness/>
- Koeck, P. (1996). *Hoe herken ik problemen waarbij zelfhulp kan helpen?*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.mijnkwartier.be>
- Lentis (z.d.). *Specifieke fobie*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.lentis.nl/probleem/specifieke-fobie>
- Mondriaan (z.d.). *Voor patiënten*. Geraadpleegd op 23 maart 2019, van <https://www.mondriaan.eu/nl/patienten/behandelingen/2096/volwassenen/exposure-vivo>
- Rangaraj, J., & Pélioso, A. (2003). Identification des troubles anxieux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 161* (3), 250-254. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00055-6](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00055-6)
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., & Kooper, R. (1997). Virtual reality exposure therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 6* (3), 219-226. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://experts.illinois.edu/en/publications/virtual-reality-exposure-therapy>
- Trachik, B., Bowers, C., Neer, S. M., Nguyen, V., Frueh, B. C., & Beidel, D. C. (2018). Combat-related guilt and the mechanisms of exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 102*, 68-77. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.11.006>
- Virtual Reality Society (z.d.). *Virtual Reality Society*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.vrs.org.uk>

Voedingspsychologie (z.d.). *Behandeling van voedselaversie met exposure*. Geraadpleegd op 23 maart 2019, van <http://voedingspsychologie.nl/professionals/behandeling-van-voedselaversie-met-exposure>

Volksgezondheidszorg (z.d.). *Prevalentie angststoornissen in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 18 mei 2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/angststoornissen/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-angststoornissen-de-huisartsenpraktijk>

Yujuan, C., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2006). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27 (3), 266-286. doi:10.1016/j.cpr.2006.10.002

Bijlagen

Bijlage 1



GEG-schaal Paniekstoornis

Naam:	Datum:
-------	--------

Lees onderstaande uitspraken aandachtig en geef aan in welke mate ze op jou betrekking hebben. De mate kun je aangeven door één door jou gekozen cijfer in het hokje in te vullen. Via PC: Zet je cursor in het gekozen **vette hokje** en typ het cijfer (tussen 0 en 3). Manueel: print het document uit en schrijf in het vette vakje het gekozen cijfer.

		Niet / Nooit =0			
		Soms =1			
		Dikwijls =2			
		Altijd =3			
1	Ik voel me niet veilig als ik allen ben.				
2	Ik denk dat de mensen denken dat ik niet normaal ben.				
3	Ik probeer lange (wachtende) rijen te vermijden.				
4	Ik denk dat ik HET (=paniekaanval) weer ga krijgen.				
5	Ik vermijd autosnelwegen.				
6	Ik denk dat ik dood ga.				
7	Ik heb het gevoel dat ik gek wordt (of zal worden).				
8	Ik voel me angstig als ik alleen ver van huis ben.				
9	Als ik in een onbekend gebouw ben, zoek of kijk ik waar de uitgang is.				
10	Ik denk dat ik ooit gek zal worden (of al ben).				
11	Ik vermijd om alleen ver van huis te gaan.				
12	Ik voel me gespannen en onrustig als ik ergens niet weg kan.				
13	Ik denk dat ik iets in mijn hoofd heb of zal krijgen.				
14	Ik verzijn/zoek uitvluchten om ergens niet naar toe te moeten of om te kunnen vermijden.				
15	Ik heb het gevoel dat ik het leven niet meer aan kan.				
17	Ik zoek veiligheid, waar ik ook ben.				
18	Ik schaam me.				
19	Als ik angstig ben denk ik dat ik geen lucht meer krijg of zal stikken.				
20	Ik denk dat ik weinig meer alleen nog kan.				
21	Ik vermijd plaatsen en/of situaties waar ik snel weg kan of denk geen hulp te krijgen.				
23	Ik heb schuldgevoelens.				
24	Ik voel me gespannen en angstig als ik in een groot gebouw ben (winkelcentrum, bioscoop)				
25	Ik vermijd situaties en/of plaatsen waar ik verwacht HET (=				
26	paniekaanval/angstig) weer te krijgen.				
27	Ik voel me ongemakkelijk en gespannen als ik alleen ben.				
28	Ik denk dat ik iets aan mijn hart heb of zal krijgen.				
29	Als ik in een grootwarenhuis ben dan wil ik er zo snel mogelijk weer uit.				

Form/GEG-PS

5. Van welk van de onderstaande klachten heb je het meest last, en in welke mate. Geef dat aan door een getal uit onderstaande schaal in het hokje in te vullen. In het **vette vakje**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Geen heel erg

Hartkloppingen, bonzend hart		Gevoel van onwerkelijkheid	
Gevoel van ademnood of verstikking		Gevoel los staan van jezelf	
Transpireren		Angst de zelfbeheersing te verliezen	
Naar adem snakken/happen		Angst om gek te worden	
Pijn of onaangenaam gevoel op de borst		Angst om dood te gaan	
Misselijkheid of buikklasten		Warme opvliegers of koude rillingen	
Duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd		Verdoofde of tintelende gevoelens	
Wazig zien		Trillen of beven	

Form-PS-PS



Vermijding Paniekstoornis

NAAM:	DATUM:
-------	--------

Hieronder vindt u een lijst met situaties en activiteiten. Het is de bedoeling dat u aangeeft in hoeverre u die vermijdt, omdat u zich er onprettig, onwel of angstig in/door voelt. Geef de mate van vermijding aan voor wanneer u **SAMEN** met iemand bent die u vertrouwd en wanneer u **ALLEEN** bent. Gebruik hierbij onderstaande schaal van 0 tot 3. Via PC: zet je cursor in het **vette vakje** en typ een X in het door jou gekozen vakje. Manueel: print het document uit en schrijf een X in het gekozen **vette vakje**.

0
1
2
3

Ik vermijd het NOOIT
Ik vermijd het SOMS
Ik vermijd het MEESTAL
Ik vermijd het ALTIJD

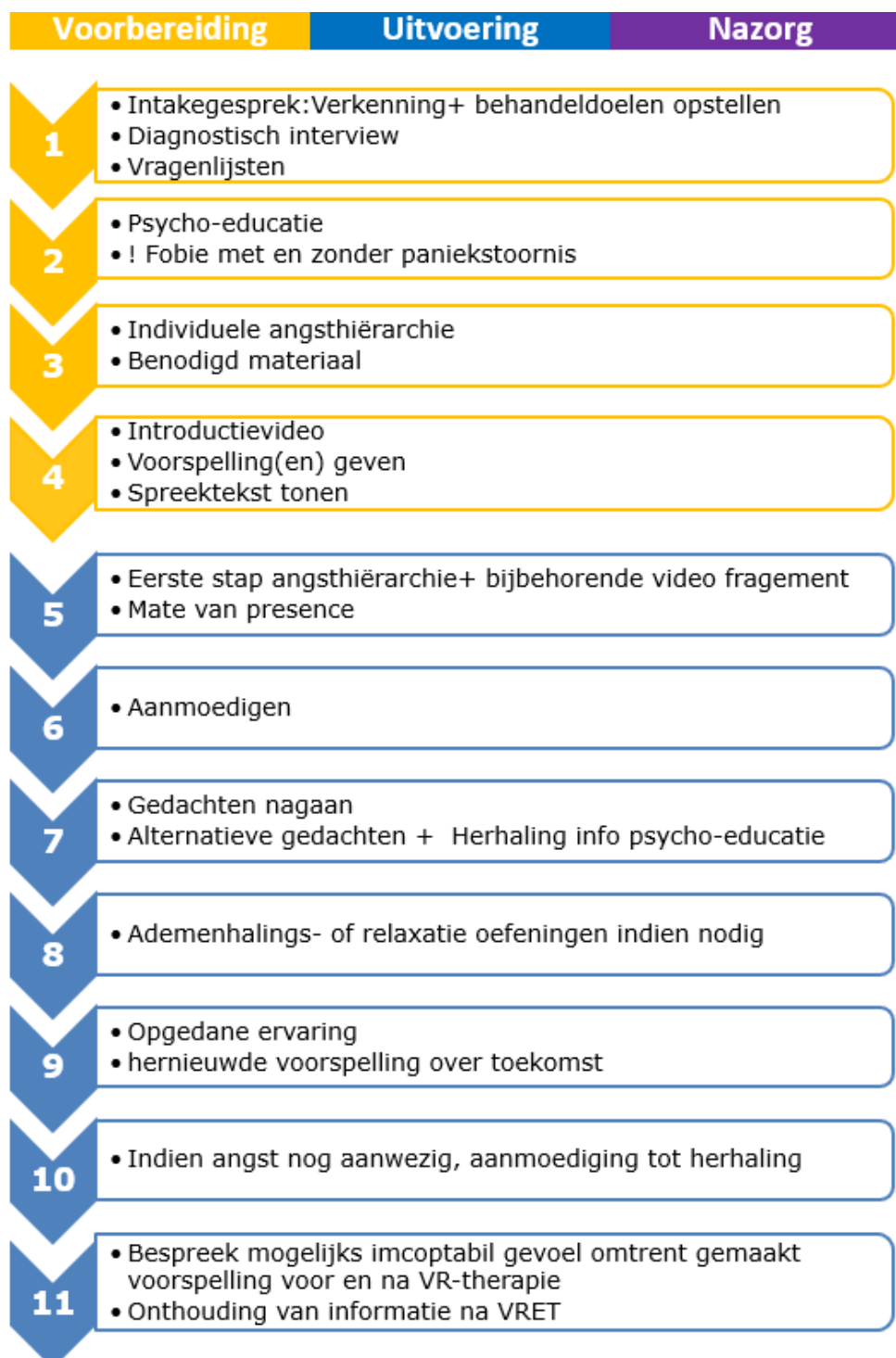
Zet de cursor in het **vette vakje** dat je hebt gekozen en typ het gekozen getal in. Indien je manueel invult, schrijf dan het cijfer in het **vette vakje**.

		SAMEN				ALLEEN			
		0	1	2	3	0	1	2	3
A	Plaatsen								
1	Theater								
2	Supermarkten (zelfbediening)								
3	Winkelcentra								
4	Klaslokalen								
5	Restaurants of eetzaal								
6	Musea								
7	Liften								
8	Bioscoop								
9	Stadion								
10	Garages (ook ondergronds)								
11	Afgesloten ruimten (vb. tunnels, toilet)								
12	Hoge plaatsen								
	Hoe hoog: []								

B	Open ruimten								
1	Buiten, zoals uitgestrekte velden, brede wegen of pleinen								
2	Binnen, zoals ruime kamers (wachtkamer) of grote hallen								
3	Bos of heidevlakte								
C	Reizen met								
1	Bus								
2	Trein of tram								
3	Ondergrondse metro								
4	Vliegtuig								
D	Een auto besturen								
1	Op secundaire wegen								
2	Op de snelweg								
E	Meerijden in een auto								
1	Op secundaire wegen								
2	Op de snelweg								
F	Andere situaties								
1	In een (wachtende) rij staan								
2	Over een brug lopen								
3	Feestjes of bijeenkomsten bijwonen								
4	Op straat lopen								
5	Ver van huis zijn								
6	Thuis zijn								

Form-VPS

Bijlage 2



12

- Huiswerkopdracht meegeven
- Al dan niet in aanwezigheid van vertrouwenspersoon en goede uitleg geven
- motivatie nagaan

13

- Bespreking van huiswerkopdracht(en)
- Ervaring(en), moeilijkheden...

14

- Geen angst meer aanwezig
- Overgaan naar volgende stap in de angsthiërarchie met bijbehorend fragment uit de introductie video

15

- Herhaal bij elke stap in de hiërarchie dit stappenplan

THOMAS MORE

ANAÏS HENDRICKX
STEFFI ROGIERS
CÉLINE SWAENEN
CAROLIEN VAN EETVELDT
SIETSE VOS
JANNE WILS

DR. MARC ROELANDS
EXPERTISECEL PSYCHOLOGIE,
TECHNOLOGIE & SAMENLEVING

