

Lichaamsgerichte interventies in de experiëntiële behandeling van angststoornissen

Marijke Baljon

- Er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden. Bij de behandeling van angststoornissen boeken niet alleen cognitieve gedragstherapie maar ook experiëntiële psychotherapie goede resultaten. Verdere verbetering van de behandeling kan bereikt worden met behulp van lichaamsgerichte interventies. Deze focussen specifiek op de angst. Ze zijn vooral van belang in de symptoomfase van de behandeling. Als de cliënt meer beheersing krijgt over de angst kunnen onderliggende disfunctionele schema's en vermijding effectiever behandeld worden. De in dit artikel beschreven experiëntiële en lichaamsgerichte benadering is gebaseerd op inzichten uit de neurobiologie, de gehechtheidstheorie en praktijkervaringen.
-

Inleiding

Bij de psychotherapeutische behandeling van angststoornissen kunnen in grote lijnen twee benaderingen worden onderscheiden. De cognitieve gedragstherapie houdt zich vooral bezig met verschijnselen die de angst begeleiden: vermijding en disfunctionele cognities. De experiëntiële psychotherapie richt zich primair op disfunctionele emotieschema's (Greenberg & Paivo, 1997; Wolfe & Sigl, 1998; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg,

MARIJKE BALJON, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is werkzaam bij GGZ Drenthe, afdeling De Balans, een dagbehandelingcentrum voor in hun jeugd getraumatiseerde vrouwen en mannen. Daarnaast werkt ze in eigen praktijk als cliëntgericht (leer)therapeut, supervisor en opleider.

Correspondentieadres: Drs. M.C.L. Baljon, GGZ Noord Drenthe, afdeling De Balans, Postbus 30007, 9400 RA Assen.

E-mail: marijke.baljon@ggzdrenthe.nl

2003). Beide benaderingen groeien naar elkaar toe. Ze delen het denken in termen van onderliggende schema's. De cognitieve therapie legt meer de nadruk op de cognitieve aspecten van deze schema's, de experiëntiële benadering meer op de emotionele aspecten. In de cognitieve gedragstherapie tekent zich een toenemende belangstelling af voor de rol van emoties en het belang van de therapeutische relatie, vooral wanneer een symptoombenadering onvoldoende effectief blijkt. Greenberg en Lietaer (2003) formuleren in dit kader een integratief model van emotie, gedrag en cognitie.

Als aanvulling op deze ontwikkelingen beschrijf ik in dit artikel hoe een actieve psycho-educatieve houding tezamen met lichaamsgerichte interventies binnen een experiëntiële benadering goede mogelijkheden bieden voor de behandeling van cliënten met angststoornissen bij wie de onderliggende emotieschema's niet direct toegankelijk zijn. Om deze problematiek te begrijpen wordt gebruikgemaakt van recente inzichten uit de neurobiologie en de gehechtheidstheorie. Kernbegrippen zijn daarbij onveilige hechting, mentaliseren, lichaamsbeleving, tolerantiezone en tweeledig bewustzijn. De benadering wordt toegelicht aan de hand van casuïstiek.

De 30-jarige Anneke is twee maanden moeder als ze hulp zoekt bij een psychotherapeut. Sinds de geboorte van haar dochter gaat het niet goed met haar. Ze is voortdurend gestresst. Lichamelijk contact met de baby maakt haar angstig. Ze zegt dat ze haar kind haast niet met de volle hand durft op te pakken. Borstvoeding irriteerde haar. Nu ze kolft en de fles geeft, gaat het iets beter. Ze voelt zich erg schuldig omdat ze haar kind het liefst uit handen geeft. Als haar kind huult, raakt ze in paniek. Haar angst bedreigt de ontwikkeling van een hechtingsrelatie met haar kind. In haar voorgeschiedenis komen vroege verlatingen voor. Ik kies ervoor om in de eerste gesprekken het verband met de huidige problemen nog niet te exploreren. In plaats daarvan geef ik haar al in het eerste gesprek enige uitleg over angst en paniek.

Anneke krijgt het advies om als haar kind huult niet direct naar haar toe te gaan, maar eerst zichzelf tot rust te brengen door te 'aarden'. Dit kan ze doen door bewust aandacht te geven aan zintuiglijke indrukken en in beweging te komen, bijvoorbeeld door rustig uit bed op te staan, met aandacht een slokje water te drinken en de fles klaar te maken.

In het tweede gesprek vertelt ze dat dit advies geholpen heeft. 's Nachts ligt ze nog wel uren verstijfd in bed. Enerzijds is ze doodsbang voor wiegendood, anderzijds is ze ook erg bang om naar haar baby te gaan kijken. Ze vertelt vervolgens dat ze op de 11^e dag haar dochttertje 's ochtends verslapt in bed heeft aangetroffen. Het kind is toen twee dagen opgenomen in het ziekenhuis. Op dit recente trauma wordt ingegaan met interventies die zich richten op het ervaren en verwoorden van de gevoelens die hierover bij haar leven. Ook wordt het advies herhaald om in beweging te komen en te aarden als ze verstijfd is van angst.

In het derde gesprek vertelt Anneke dat ze haar moedergevoelens voor haar dochter hervonden heeft. Ze kan haar nu gewoon oppakken en ge-

nieten van het contact. De gesprekken die volgen, hebben het karakter van een gewone cliëntgericht-experiëntiële therapie. Zowel actuele kwesties als verwarrende jeugdervaringen komen daarbij aan de orde.

Samengevat: bij Anneke zijn angstreducerende interventies toegepast, nog voor er een duidelijk beeld was van de aard van haar angststoornis en de achterliggende problematiek. Je zou kunnen zeggen: crisisinterventies. Tegelijkertijd creëerden deze lichaamsgerichte interventies een waardevolle ingang voor psychotherapie. In de rest van dit artikel wordt het hoe en waarom van deze interventies nader uitgewerkt.

Beschrijving van de problematiek

In dit artikel volg ik voor de omschrijving van angststoornissen de ‘Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen’. Deze richtlijn neemt de DSM-IV-omschrijving tot uitgangspunt: ‘Een gemeenschappelijk kenmerk van angststoornissen is dat er sprake is van angstige reacties die bovenmatig zijn doordat de persoon angst vertoont in de afwezigheid van gevaar of de mate van angst in geen verhouding staat tot de mate van reëel gevaar. Hiernaast is van belang dat deze angstige reacties de persoon hinderen in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren’. In de richtlijn zijn opgenomen: ‘(1) paniekstoornis met en zonder agorafobie; (2) sociale fobie; (3) specifieke fobie; (4) obsessief-compulsieve stoornis; (5) gegeneraliseerde angststoornis; en (6) posttraumatische stressstoornissen. Hoewel hypochondrie in de DSM IV onder de somatoforme stoornissen valt, wordt er in deze richtlijn toch aandacht aan geschonken (7). De reden hiervan is dat ook bij hypochondrie bovenmatige angst (voor ernstige ziekte) centraal staat’ (Van der Velde, 2003, p. 9). Angst uit zich vaak in lichamelijke symptomen, ook wel angstequivalenten genoemd, zoals hartkloppingen, zweten, benauwdheid, trillen en duizeligheid. Deze lichamelijke verschijnselen worden dikwijls ervaren als de oorzaak van de angst, terwijl ze in feite een uiting van de angst zijn (Finke, 2003). Verder voelen cliënten zich vaak sterk vervreemd van hun lichaam. Kenmerkend is bovendien dat cliënten de situaties gaan mijden waarin de angst zich voorgedaan heeft, wat leidt tot sociale beperkingen en afhankelijkheid van derden. In samenhang hiermee hebben cliënten over het algemeen een laag gevoel van eigenwaarde. Dit uit zich in negatieve, disfunctionele cognities.

Onderzoek naar angststoornissen

Gerandomiseerde en gecontroleerd effectonderzoek over psychotherapie bij angststoornissen gaat meestal over cognitieve gedragstherapie. De richtlijn angststoornissen doet aanbevelingen die gebaseerd zijn op dergelijk onder-

zoek. Voor vrijwel alle angststoornissen wordt – naast medicatie – cognitieve therapie, *exposure*, ontspanningsoefeningen en paniekmanagement aanbevolen. In de literatuur over paniekmanagement en emotieregulatie wordt voornamelijk melding gemaakt van cognitieve interventies en *exposure* (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Voor cliënten bij wie de aanbevolen interventies te weinig resultaat hebben, wordt in de richtlijn begeleiding aanbevolen. Juist voor deze groep is het van belang om te zoeken naar andere effectieve behandelmethoden.

Gecontroleerd onderzoek dat de werkzaamheid van een experiëntiële benadering bij angststoornissen ondersteunt, is samengevat door Elliott, Greenberg en Lietaer (2004). Zij maken onderscheid tussen de traumagerelateerde stoornissen en de andere angststoornissen. Ze concluderen op grond van vijf onderzoeken dat de werkzaamheid van experiëntiële behandeling van posttraumatische stressstoornissen empirisch ondersteund wordt. Over de andere angststoornissen stellen ze na een grondige analyse dat de beschikbare data suggereren dat ‘experiëntiële behandelingen *mogelijk effectief* zijn bij de behandeling van angststoornissen, terwijl ook gesuggereerd wordt dat cognitieve gedragstherapie iets *specifieker en effectiever* zou kunnen zijn’ (Elliott en anderen, 2004, p. 512; cursiveringen in origineel). Dit gematigde voordeel van de cognitieve gedragstherapie is niet meer significant als gecontroleerd wordt voor de voorkeur van de onderzoeker. In Duitsland ontwikkelde de groep rond Teusch (Teusch & Finke, 2007) een protocol voor cliëntgerichte psychotherapie bij angststoornissen. Hij vond dat cliëntgerichte psychotherapie hierbij niet onderdeed voor cognitieve gedragstherapie. Eerder was door hen vastgesteld dat toevoeging van *exposure* aan cliëntgerichte psychotherapie geen toegevoegde waarde had (Teusch & Böhme, 1999).

De in dit artikel beschreven lichaamsgerichte interventies zijn deels ontleend aan *mindfulness*-onderzoek. Kabat-Zinn onderzocht 22 patiënten bij wie op basis van een structureel klinisch interview een gegeneraliseerde angststoornis of een paniekstoornis volgens DSM-criteria was vastgesteld. Er bleek een zeer significante verbetering van de angstsymptomen op te treden na een cursus van acht weken in meditatief ontspannen. Deze winst bleek in een *follow-up* na drie jaar behouden te zijn (Kabat-Zinn en anderen, 1992, Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995). In een onderzoek onder psychodynamisch georiënteerde psychotherapeuten werden patiënten met een paniekstoornis behandeld zoals de therapeuten gewend waren, in maximaal 26 sessies (Ablon, Levy & Katzenstein, 2006). Deze naturalistische opzet resulteerde in goede resultaten, vergelijkbaar met empirisch ondersteunde cognitieve gedragstherapie. Intensief procesonderzoek liet zien dat een focus op achterliggende gevoelens en bespreking van moeilijke gevoelens in het hier en nu van de therapie positief correleerden met uitkomstmaten.

Ten slotte: Bekker en Belt (2006) onderzochten de samenhang van angst en depressie met autonomie en gehechtheid. Ze vonden op de Autonomiegehechtheidsschaal (Bekker & Van Assen, 2006) dat een lage score op de schaal ‘Zelfbewustzijn’ en een hoge score op de schaal ‘Gevoeligheid voor

anderen' zowel angst als depressie voorspellen. Bekker en Belt bevelen aan bij de behandeling van angst en depressie aandacht te schenken aan problemen van autonomie en gehechtheid.

Karel is een 50-jarige gehuwde onderwijzer. Hij wordt naar mij verwezen in verband met existentiële angsten. Zijn hele leven is hij al erg bevreesd voor de dood. Hij ervaart zijn leven als zinloos en is bang voor de toekomst. Hij is gepreoccupeerd met zijn lichaam en zijn gezondheid, wat hij heeft overgenomen van zijn moeder. Een ziekenhuisopname op zesjarige leeftijd heeft hij als traumatisch ervaren. Vier jaar geleden, enkele maanden na het overlijden van zijn vader, kreeg hij in een drukke supermarkt plotseling en onverwacht een paniekaanval. Daarna was hij een aantal maanden zeer angstig. Karel kon in die periode nog geen kwartier alleen zijn. De huisarts verwees hem naar een psychotherapeut. Karel had met hem enkele therapiegesprekken, maar zegt hier niet veel aan gehad te hebben. Hij wijt dat niet aan de gevolgde methode (cognitieve gedragstherapie), maar aan de persoon van de therapeut.

Geleidelijk aan heeft hij met steun van zijn vrouw en een paar goede vrienden zijn leven weer op de rails gekregen, maar hij is zich regelmatig angstig en depressief blijven voelen. In een vertrouwde omgeving functioneert Karel goed. Hij doet zijn werk als onderwijzer naar tevredenheid en met plezier. Hij heeft een betrokken vriendenkring. Zijn relatie met zijn vrouw beschrijft hij als bevredigend. Een bron van spanning is de vakantiebesteding. Vanaf hun verkeringstijd hebben beiden veel plezier beleefd aan avontuurlijke reizen naar verre landen. Sinds het begin van de angstaanvallen vier jaar geleden kan Karel hier niet meer van genieten. Al na enkele dagen in het buitenland neemt de angst dusdanig toe dat hij alleen nog maar naar huis wil.

Om te onderzoeken in hoeverre bij Karel disfunctionele emotieschema's ten grondslag liggen aan zijn angst en paniek wordt in sessie 2 het focus-sen geïntroduceerd. Hij blijkt heel weinig in zijn lichaam te ervaren. Om dit nader te onderzoeken wordt een *body scan* gedaan. Als Karel gevraagd wordt of hij steun voelt vanuit zijn voeten en benen zegt hij dat hij bij deze vraag een zwaar, opgeblazen gevoel krijgt. Zijn voeten zijn koud. Hij voelt spanning in zijn schouders, alsof hij in de verdediging is. Zijn maag is onrustig. We gaan terug naar zijn voeten. Die zijn nu warm, maar zijn knieën zijn koud. Als ik op dat laatste doorvraag, wordt het hem 'heet onder de voeten'. Hij krijgt de vervreemdende ervaring dat hij op 'spitsvoeten' staat. Ik interpreteer dit als een signaal dat zijn angst te veel toeneemt en ik help hem met lichaamsgerichte interventies weer wat tot rust te komen. Karel kijkt naar buiten en benoemt wat hij daar ziet. Ook helpt het hem om wat te bewegen. Hij vertelt vervolgens dat als hij stilstaat bij zijn lichaam er voortdurend negatieve cognities opkomen over zijn lichaam, dat dik en lelijk zou zijn.

Tijdens de intakegesprekken toont Karel gevoel voor humor en bereidheid om naar zichzelf te kijken. Hoewel de ondertoon depressief is, lijken

op descriptief niveau piekeren, angst en vermijding voorop te staan. Paniekaanvallen zijn te zeldzaam om van een paniekstoornis te spreken. Karel vertoont niet het nadrukkelijke vragen om geruststelling, dat vereist is voor de DSM-IV-diagnose 'hypochondrie'. In termen van DSM IV kan er gesproken worden van een gegeneraliseerde angststoornis met hypochondere trekken en incidentele paniek, bij een sombere stemming. Op beleevingsniveau staan angst en schaamte, de verstoorde lichaamsbeleving en existentiële thema's centraal (Bloemasma, 2001).

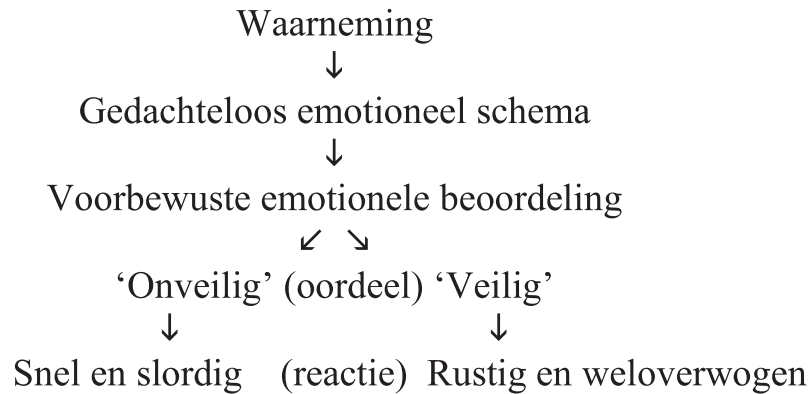
Om dergelijke meervoudige problematiek te kunnen begrijpen wordt een beroep gedaan op zowel emotie- en gehechtheidstheorie als op experiëntiële en existentiële visies op angst.

Emotietheorie

Prikkels worden in het brein geëvalueerd op hun waarde (LeDoux, 2002). Deze evaluatie heeft meestal betrekking op veiligheid of aantrekkelijkheid. Op grond daarvan treden lichamelijke processen op die vaak voor anderen zichtbaar zijn en die we als uitdrukking van emoties beschouwen. Frijda (1986) omschrijft emoties als 'actietendensen': emoties motiveren ons tot bepaalde acties. Emotionele processen hebben zich in de loop van de evolutie ontwikkeld en zijn onmisbaar voor de overleving van zowel het individu als de soort. Angst is een signaalsysteem dat in werking treedt wanneer het brein prikkels interpreteert als teken van gevaar. De persoon wordt alert en stelt zich in op vluchten of vechten. Als dat niet mogelijk is, treedt verstar- ring op of verslapping van alle spieren. Deze reactiepatronen doen zich ook bij dieren voor en hebben een instinctief karakter. LeDoux (1996, 2002) be- schrijft hoe angst door twee systemen wordt gemedieerd. Er is een snelle weg: de emotionele verwerking van prikkels vindt dan uitzonderlijk snel plaats in de amygdala. Dit gebeurt subcorticaal en onbewust, nog voor de prikkel bewust herkend wordt. Het organisme reageert direct op angst uit- lokkende stimuli met veranderingen in lichaamshouding, spierspanning, bloeddruk, aandacht en secretie van stresshormonen. Onderdeel van dit sys- teem is een impliciet geheugen dat tot uitdrukking komt in allerlei angst- responsen, die deels aangeboren zijn en deels door klassieke conditionering zijn ontstaan. Het systeem werkt snel, maar slordig. De amygdala is functio- neel bij ernstige bedreigingen waarbij snel reageren het verschil tussen leven of dood kan betekenen.

Tegelijkertijd gaat de prikkel ook via de hippocampus naar de neocortex en vandaar alsnog door naar de amygdala. De hippocampus werkt selectief en is heel precies afgestemd op een beperkte reeks van angst uitlokkende stimuli. Dit proces verloopt veel langzamer en is verbonden met het expli- ciete emotionele geheugen. Het helpt ons om terug te komen op de snelle reactie als die bij nader inzien niet adequaat is. De route via de hippocampus

is functioneel bij subtielere gevaren. De evaluatie van de context waarin zich een angstwekkende prikkel voordoet, is vollediger dan bij de snelle reactie via de amygdala (zie figuur 1).



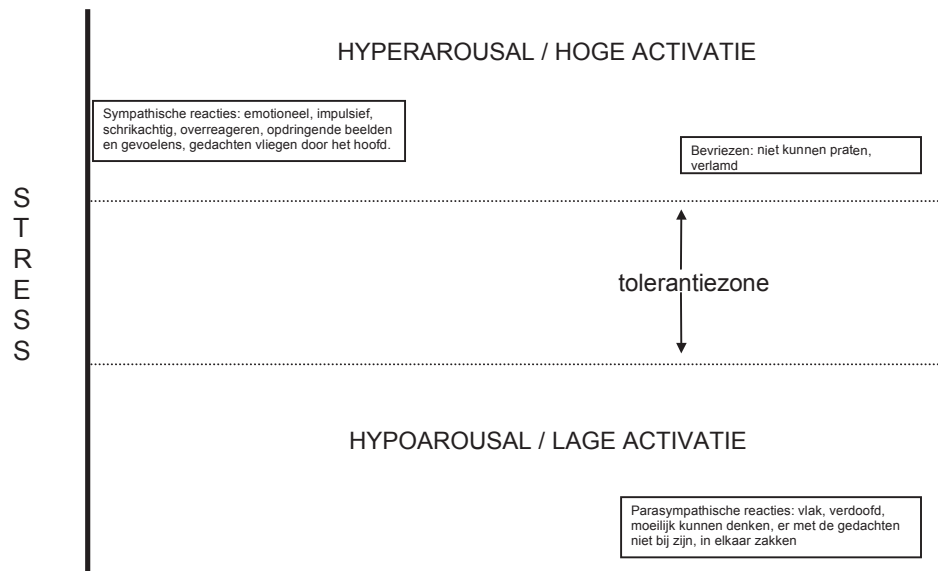
Figuur 1 Van waarneming naar reactie

In geval van langdurige stress, als de amygdala steeds rechtstreeks wordt geactiveerd, kan de hippocampus verzwakken en de controle via de cortex op de amygdala verliezen. Als gevolg hiervan kunnen oude angstreacties herleven. Dit proces kan het irrationele karakter van angststoornissen verklaren. Het maakt ook begrijpelijk dat cognitieve gedragstherapie de conditionering niet uitwist, maar onder controle brengt door tegenconditionering en het bevorderen van corticale controle op de amygdala.

Er is een optimaal niveau van spanning voor elke situatie en taak. Een matig spanningsniveau geeft energie en doelgerichtheid aan een activiteit. Als we willen uitrusten, is een laag spanningsniveau aangewezen. In tijden van crisis hebben we veel energie nodig om snel en doelgericht te kunnen handelen en is een hoog spanningsniveau functioneel. Bij mensen met een angststoornis wordt het centraal zenuwstelsel snel gemobiliseerd door prikkels die angstbeladen emotieschema's activeren. Ze zijn vaak afwisselend in een toestand van te veel spanning (*hyperarousal*) en te weinig spanning (*hypoarousal*). Bij *hyperarousal* wordt paniek ervaren en is het lichaam ingesteld op vechten of vluchten. Deze toestand kan omslaan in *hypoarousal*, waarbij zowel denken als voelen is afgevlakt en de persoon passief is. Deze reactiepatronen kunnen adaptief zijn bij crisis of in traumatische omstandigheden, maar zijn niet adaptief in veilige situaties.

Siegel (1999) introduceert in dit verband het begrip *tolerantiezone* (*window of tolerance*). Dit is door Ogden, Minton en Pain (2006) verder uitgewerkt (zie figuur 2). De tolerantiezone omvat de toestand waarin een mens intensieve emotionele stimulatie kan verdragen en verwerken. Binnen de tolerantiezone is een mens in staat om meerdere belevingsaspecten tegelijk in zijn (of haar) bewustzijn te hebben. Dit vermogen is essentieel voor de sociale interactie. In termen van de theorie van LeDoux is de hippocampus dan dominant. We kunnen buikpijn voelen en tegelijk nadenken waar dat mee te maken zou kunnen hebben. Bij te weinig stimulatie, in een toestand van

verdoving, lukt dit niet. Ook bij te veel stress schiet ons neurobiologische systeem tekort. De amygdala neemt dan de controle over. Bij de behandeling van angst is het van belang om cliënten te leren hoe ze hun spanning kunnen reguleren tot binnen de tolerantiezone.



Figuur 2 Tolerantiezone volgens Siegel (1999) en Ogden, Minton en Pain (2006)

Angst en gehechtheidstheorieën

In de menselijke ontwikkeling speelt de gehechtheidsrelatie met de verzorgers een cruciale rol in het leren omgaan met angst. De gehechtheidstheorie is oorspronkelijk geformuleerd door John Bowlby (1969). Ze heeft de afgelopen jaren een aanzienlijke verfijning ondergaan en er is meer inzicht ontstaan in de rol van hechtingsprocessen bij het ontwikkelen van psychopathologie. Onder anderen Fonagy (2001) heeft deze theorie verder uitgewerkt. De empathische reactie van de verzorger op het kind geeft het kind *feedback* over de eigen emotionele toestand. Als de verzorger op het huilen reageert door zich hardop af te vragen wat er is, doet het kind de ervaring op dat zijn emotionele toestand kennelijk betekenis heeft. In de context van een veilige hechting tempert de verzorger de emotionele toestand door zorg en troost te bieden. Hierbij spelen non-verbale processen een cruciale rol. Uit onderzoek van Fonagy bleek dat beoordelingen van de gezichtsuitdrukking van de moeder tijdens het troosten de snelheid waarmee kinderen van 6 maanden getroost werden, voorspelden. Het kind verinnerlijkt de betekenisverlening en geruststelling door de verzorger. Deze intersubjectiviteit van kind en verzorger is de basis van de relatie tussen gehechtheid en zelfregulatie. Het kind ontwikkelt het vermogen om de eigen emotionele toestand te beleven, er betekenis aan te geven en ermee om te gaan. Dit proces wordt 'mentaliseren' genoemd en wordt door Bateman en Fonagy (2004) gedefinieerd als het

mentale proces waarin een individu de acties van zichzelf en anderen impliciet en expliciet, op basis van doelgerichte mentale toestanden zoals persoonlijke verlangens, gevoelens, behoeften, overtuigingen en redenen, als belangrijk interpreteert. In een onveilige gehechtheidsrelatie is de verzorger niet in staat de emotionele toestand van het kind empathisch tegemoet te treden. Daardoor kan de verzorger het kind niet tot rust brengen. Het kind ontwikkelt dan een gebrekkige innerlijke representatie van een troostende relatie en kan zichzelf daardoor later onvoldoende geruststellen. De zelfbeleving heeft een onzeker en kwetsbaar karakter. Deze kwetsbare zelfbeleving kan de basis vormen van disfunctionele emotieschema's, die weer de grondslag kunnen zijn voor het ontwikkelen van een angststoornis. In termen van de eerdergenoemde emotietheorie hebben we hier te maken met aanhoudende stress die onvoldoende gereguleerd wordt. Hierdoor zal de amygdala veel vaker geactiveerd worden dan bij mensen met een overwegend veilige gehechtheid.

Karel is opgegroeid in een onveilige gehechtheid met een moeder die angst induceerde en een vader die gereserveerd op zijn angsten reageerde. Zijn hechtingsstijl is als vermijdend te karakteriseren.

Experiëntiële en existentiële visies op angst

Experiëntiële en/of existentiële visies gaan uit van de beleving van mensen met angststoornissen. Swildens (1995) beschouwt angststoornissen als specifieke stagnatievormen. 'Bij de angststoornissen is de angst buiten haar oevers getreden en ze heeft daardoor niet meer de signaalfunctie die ze had. De nieuwe dimensies intensivering, generalisering en anticipering maken het verschijnsel als signaal onbruikbaar, maar de neurofysiologische processen blijven in essentie dezelfde. De beleving echter krijgt een overheersende plaats in de wereld van de patiënt, ontnemt hem de ruimte zichzelf te ontploien en zich zinvol naar zijn toekomst te ontwerpen' (Swildens, 1995, p. 207). Glas (2001) beschrijft hoe op basis hiervan 'bestaansangst' kan optreden. Deze angst is diffuus en vaak vermengd met woede. Belangrijke thema's hierbij zijn: onveiligheid, isolement en gebrek aan verbondenheid. In de proces-experiëntiële benadering (Elliott en anderen, 2003) staat het begrip emotieschema¹ centraal. In tegenstelling tot het begrip 'cognitief schema' wordt een emotieschema in sterke mate bepaald door non-verbale en affectieve ervaring. Emotieschema's zijn onbewust. Ze kunnen alleen indirect afgeleid worden. In ons brein wordt continu een veelheid aan informatie samengebracht uit verschillende bronnen, zoals de sensomotoriek, het

¹ Emotion scheme: Elliott en anderen geven de voorkeur aan het woord *scheme* boven *schema*. *Schema* heeft een statische connotatie, terwijl *scheme* ook een plan van actie impliceert. Omdat dit verschil in het Nederlands niet gemaakt wordt, hou ik het noodgedwongen op '*emotieschema*'.

emotionele geheugen en cognitieve informatie. Op grond hiervan worden emotieschema's voortdurend gereconstrueerd.

Greenberg en Paivo (1997, p. 198) stellen: 'Volgens ons wordt de disfunctionele angst die we zien bij stoornissen als de sociale fobie niet primair opgewekt door bewuste interpretaties of vervormde cognitieve waarderingen van de werkelijkheid. Een dergelijke angst wordt eerder opgewekt door een in de kern onzeker en kwetsbaar zelfbesef, dat voortdurend wordt geactiveerd in interpersoonlijke situaties. Deze complexe, lichamelijke ervaren beleving van het zelf als onmachtig en onbeschermd heeft therapeutische aandacht nodig en dient veranderd te worden.'

Ook Wolfe en Sigl (1998) zien de angststoornissen voortvloeien uit pathologie van het zelf. De zelfervaring heeft twee bronnen, enerzijds het bewustzijn van wat we onmiddellijk ervaren en anderzijds de betekenisverlening vanuit een innerlijk werkmodel. Als deze tegenstrijdig zijn, is een noodmaatregel nodig om negatieve affecten te reguleren. Dit kan door het *contact* met de eigen beleving te *verminderen*. Greenberg en zijn medewerkers (onder meer Greenberg & Paivo, 1997; Elliott en anderen, 2003; Greenberg & Lietaer, 2003) maken in hun publicaties over *Emotion-focused therapy* onderscheid tussen adaptieve en disfunctionele emotionele reacties. De normale functie van een emotionele reactie is: complexe informatie snel verwerken om tot effectieve actie te komen. Als bijvoorbeeld iemands kinderen bedreigd worden, is kwaadheid een adaptieve reactie. Een reactie is niet-adaptief als iemand angstig of kwaad wordt om een neutrale stimulus. Zo'n reactie is vaak te begrijpen uit leerervaringen in een traumatische situatie. Een tweede vorm van disfunctionele reactie komt voort uit sociaal leren. Bijvoorbeeld bij een man die angst voelt en vindt dat angst uiten niet mannelijk is. Hij kan dan boos reageren, omdat hij niet angstig wil zijn. Ten slotte zijn er zogenaamde instrumentele emoties, die de functie hebben om anderen te beïnvloeden. Bijvoorbeeld 'krokodillentranchen' om aandacht te krijgen. Het zal duidelijk zijn dat het bij angststoornissen gaat om niet-adaptieve emotionele reacties.

Bij angststoornissen zijn interpersoonlijke, intrapersoonlijke en biologische processen onderling verweven. Er is een verstoring van de interpretatie van lichaamssignalen, die in beginsel een belangrijke functie hebben voor de overleving van het individu. Deze verstoring verwijst naar onveiligheid in de zelfbeleving, waardoor de persoon niet meer helder kan nadenken. Anders gesteld: er is een onveilige gehechtheid, waardoor het mentaliserend vermogen beperkt wordt.

In termen van het emotieschema van Greenberg en Paivo (1997) staan bij Karel de niet-adaptieve primaire emoties schaamte en vrees op de voorgrond. Ze zijn gebaseerd op leerervaringen in een onveilige situatie. Zijn moeder reageerde met angst in neutrale situaties. Daarbij was zijn ziekenhuisopname op 6-jarige leeftijd een traumatische ervaring. Er is een ernstige verstoring in de lichaamsbeleving. Als hij angstig is, schiet zijn mentali-

serend vermogen tekort. Zowel op experiëntieel als existentieel vlak is er stagnatie.

Proces-experiëntieële behandeling van angst

Zoals hierboven beschreven, gaat het er in de proces-experiëntieële benadering om het identificeren en onderkennen van disfunctionele schema's met als doel om de cliënt uiteindelijk in contact te brengen met zijn onderliggende adaptieve emoties. Deze benadering gaat uit van een model dat aangeeft op welke momenten een bepaald type interventie aangewezen is. Dit model is gebaseerd op microanalyses van gespreksmomenten, die al dan niet als helpend zijn beoordeeld. De psychotherapeut volgt van moment tot moment het proces bij de cliënt en kiest zijn interventies op grond van zijn observaties, ook wel *markers* genoemd. Focussen (Gendlin, 1996) is in het Nederlandse taalgebied de bekendste proces-experiëntieële interventie. De marker hiervoor is een onbestemd gevoel bij de cliënt, waar deze zich geen raad mee weet. Door de cliënt te helpen zich op het lichamelijke gevoel te concentreren en zich bepaalde vragen te stellen kan de onderliggende beleving voor de cliënt verhelderd worden. Voor angst is dit model vooral uitgewerkt door Greenberg en Paivo (1997) en Wolfe en Sigl (1998). Enkele voorbeelden van door hen beschreven markers en de bijbehorende therapeutische strategieën zijn de volgende: bij de marker 'piekeren over toekomstig onheil' bevelen ze aan de aandacht van de cliënt te richten op de directe lichamelijke ervaring in het hier en nu. Deze benadering werkt niet als de cliënt angstig is. In dat geval worden angstreducerende strategieën aanbevolen als ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Als de cliënt op werkelijke of dreigende verlatingen reageert met verhoogde angst kan dat wijzen op een emotieschema dat zegt dat de persoon niet in staat is voor zichzelf te zorgen als deze alleen wordt gelaten. In dat geval wordt de cliënt eerst geholpen om deze angst en de bijbehorende behoeften te onderkennen en onder woorden te brengen. Vervolgens wordt de cliënt geholpen om andere bronnen te ontdekken om aan fundamentele behoeften tegemoet te komen.

Teusch en Finke (2007) beschrijven een gefaseerde behandeling van paniek en agorafobie, die gebaseerd is op de fasering van Swildens (1997). Ze onderscheiden een symptoomfase, een relatie- en conflictfase, en een afscheidsfase. Omdat we ons hier primair bezighouden met interventievormen die specifiek focussen op het verminderen van de angst is vooral de symptoomfase van belang. In de beleving van de patiënt staan in deze fase angst en vermijding centraal. De therapie richt zich op 'decatastrofering' van de functionele klachten, actieve angstbestrijding en het gevoelig maken voor de samenhang tussen angstsymptomen en psychische belasting. Als interventievormen noemen Teusch en Finke vooral de basisinterventies vanuit de rogeriaanse grondhouding. Deze bevorderen een vermindering van de

angst. Daarnaast noemen ze confronteren, bevordering van op het zelfconcept gericht begrip en verheldering van de relatie.

Bij Karel neemt bij ontspanningsoefeningen de angst toe, omdat zijn aandacht gaat naar het kloppen van zijn hart, dat hij catastrofaal interpreteert. Bij imaginaire *exposure* fixeert zijn blik zich op de klok en gaat hij uitrekenen hoeveel minuten en seconden de zitting nog duurt. Daardoor gaat hij weg bij de angstige situatie, waaraan hij zich zou moeten blootstellen. Het is een overlevingsstrategie die hij als 6-jarige tijdens zijn ziekenhuisopname ontwikkeld heeft. De tijd tot het volgende bezoek wist hij zo te overbruggen.

Blootstelling aan angstige situaties werkt alleen als de cliënt voldoende controle ervaart. Een marker die vaak over het hoofd wordt gezien, is depersonalisatie. De cliënt kan bij angst zo afgesneden raken van zijn beleving dat de angst niet ervaren wordt, maar de nieuwe ervaring ook niet wordt beleefd (Ogden, Pain & Fisher, 2006; Ogden, Minton & Pain, 2006). Hoe kunnen lichaamsgerichte interventies uitkomst bieden als de hierboven beschreven benaderingen onvoldoende aanslaan?

Lichaamsbewustzijn en paniekmanagement

Angstreducerende interventies worden ondersteund door de rogeriaanse basishouding en cliëntgerichte psycho-educatie. Deze laatste ligt in het verlengde van empathie. Allereerst laat de psychotherapeut merken dat hij de beleving van de cliënt van binnenuit probeert te begrijpen. Daaraan voegt hij een rationale toe die betekenis geeft aan voor de cliënt onbegrijpelijke of schaamtevolle belevingen. Deze rationale dient uitzicht op verandering te bieden. Deze vorm van psycho-educatie vraagt van de therapeut een zorgvuldige empathische afstemming. Ze bevordert de normalisatie van door de cliënt als vreemd ervaren belevingen, waardoor de zelfacceptatie toeneemt. Het begrip 'tolerantiezone' (figuur 2) kan hierbij goede diensten bewijzen. In een behandeling is het van wezenlijk belang om in te schatten of het spanningsniveau van de patiënt binnen de tolerantiezone valt. In een toestand van *hypo-* of *hyperarousal* staan cliënten onvoldoende open voor psychotherapie. Er is dan een vorm van pretherapie nodig, waarin cliënten leren om oog te hebben voor hun tolerantie van spanningen en manieren leren om hun stress zo te reguleren dat zij weer helder kunnen denken. Dit bevordert ook de ontwikkeling van het tweeledige bewustzijn.

Anneke was aanvankelijk te zeer in paniek om contact te maken met haar kind. Door lichamelijk te aarden nam de stress af tot draaglijke proporties.

Ze kon daardoor het emotionele appel van haar dochter verdragen en adequaat moederen.

Er kan een hiërarchie opgesteld worden van soorten interventies op basis van de mate waarin de cliënt angstig is *casu quo* vervreemd van eigen ervaren. Bij zeer sterke vervreemding is de pretherapie van Prouty (Prouty, Van Werde & Pörtner, 2001) aangewezen. Deze bestaat uit het nauwkeurig spiegelzen van wat we bij de cliënt waarnemen. Als de cliënt aanspreekbaar is maar de stress te hoog om nog helder te kunnen denken, vragen we aan de cliënt om naar buiten te kijken en te beschrijven wat hij daar ziet of om even te bewegen. De cliënt wordt gevraagd om te benoemen wat hij of zij waarneemt met ogen en oren. Het waarnemen van lichaamssignalen is de volgende stap. Dit doen we van buiten naar binnen. Aandachtig bewegen is een overgangsoefening. Door bewegingen vertraagd uit te voeren en te laten waarnemen hoe dat is, wordt het lichaamsbewustzijn bevorderd. Het verlegt de aandacht van de angstige interpretatie van lichaamssignalen naar een neutraal waarnemen. Het actief zijn vermindert de beleving van onmacht. Vervolgens vragen we aandacht voor het contact van het lichaam met de omgeving, zoals de contactvlakken met de stoel waarop de cliënt zit. Uiteindelijk leren we de cliënt aandachtig stil te staan bij de eigen ademhaling en andere signalen vanuit het lichaam. Als we de cliënt vragen om nauwkeurig waar te nemen wat hij ervaart en dat te verwoorden bevorderen we een tweeledig bewustzijn. Een hulpmiddel is om de cliënt te vragen om het eigen angstniveau te registreren, bijvoorbeeld door er een cijfer aan te geven op een schaal van 1 tot 10. Op deze manier helpt lichaamsbewustzijn om binnen de tolerantiezone te blijven of te komen. De angst neemt af en de disfunctionele gedachten verbleken. Pas als de cliënt in staat is om binnen de tolerantiezone te blijven, is het mogelijk om de stap van lichaamssignalen naar emotionele belevingen te maken. Er kan dan een soepele overgang gemaakt worden naar de eerste stap van het focussen: het vinden van de juiste afstand (Leijssen, 1995).

De manier waarop deze aandachtsoefeningen worden aangeboden, sluit nauw aan op de *mindfulness*benadering (Kabat-Zinn, 2005). *Mindfulness* betekent bewust je aandacht richten op sensaties, gedachten en gevoelens in het hier en nu zonder te oordelen over wat je gewaar wordt. *Mindfulness* komt oorspronkelijk uit de meditatiebeoefening in het Boeddhisme en heeft tot doel de dingen te zien zoals ze werkelijk zijn, vanuit een grondhouding van acceptatie. In navolging van Kabat-Zinn wordt *mindfulness*straining vaak aangeboden als een aparte cursus. Met Tophoff (2005, 2006) ben ik van mening dat het om een basishouding gaat die goed ingepast kan worden in een cliëntgerichte psychotherapie. Meer voorbeelden van lichaamsgerichte interventies bij angst zijn te vinden in de literatuur over de behandeling van trauma (Ogden en anderen, 2006; Rothschild, 2000).

Omdat Karels lichaamsbeleving ernstig verstoord is, kies ik voor toepassing van lichaamsgerichte interventies, met als doel normalisering van de lichaamsbeleving. Hem wordt uitgelegd dat de angst van zijn moeder en haar preoccupatie met ziekte hem angstig heeft doen opgroeien. Vanuit deze achtergrond is het begrijpelijk dat het verblijf in het ziekenhuis voor hem bijzonder onveilig was. Vervreemding van het eigen lichaam is te zien als een overlevingsstrategie in een situatie waarin elk lichaamssignaal catastrofaal geïnterpreteerd wordt. In de volwassenheid werkt een dergelijke overlevingsstrategie averechts. Ik vind het daarom van belang om hem te helpen het contact met zijn lichaam te herstellen en van daaruit strategieën te ontwikkelen om de angst te bestrijden. Elke zitting begint met aandachtgerichte interventies. Daarbij wordt in voorkomende gevallen uitgelegd hoe hij angst zou kunnen bestrijden door contact te maken met het hier en nu.

Vanaf zitting 6 rapporteert Karel dat hij bij dreigende paniek in een winkel met succes de lichaamsgerichte oefeningen heeft toegepast. Het lukte hem daarmee de angst de kop in te drukken. Vanaf zitting 10 worden geleidelijk aan meer gewone cliëntgerichte interventies toegepast om pijnlijke ervaringen uit heden en verleden door te werken. Daarbij worden regelmatig lichaamsgerichte interventies ingevoegd om te bevorderen dat hij binnen zijn tolerantiezone blijft. Karel wordt zich ervan bewust hoe angstig hij is opgegroeid – in een symbiotische relatie met zijn angstige moeder en een afstandelijke relatie met zijn strenge, starre vader. Aanvankelijk vindt hij het lichaamsgericht werken onaangenaam, maar wel nuttig. Heel geleidelijk aan wordt het voor hem vanzelfsprekend om zodra hij in de therapiekamer is contact te maken door te aarden en de omgeving in zich op te nemen. Dit gaat hij ook steeds meer in het gewone leven toepassen. *Exposure* hoeft niet expliciet geïntroduceerd te worden. De cliënt kiest hier zelf voor, als hij controle over de angst begint te ervaren. Karel maakt met zijn vrouw enkele stedenreisesjes. Hij ondergaat deze met gemengde gevoelens, maar ook met steeds meer momenten van plezier. Omdat het om complexe, diep gewortelde disfunctionele emotieschema's blijkt te gaan is het vooral een kwestie van veel geduld en herhaling voordat deze therapeutisch voldoende bewerkt zijn. In zitting 46 stelt Karel dat hij besloten heeft in het hier en nu te gaan leven. Hij is van binnenuit gaan ervaren dat het piekeren over dreigende ziekte en dood geen zin heeft en kan deze gedachten van zich afzetten.

In de laatste zittingen wordt de volgende procedure herhaald met de uitgesproken bedoeling dat hij deze in de toekomst kan blijven gebruiken om met belastende emoties om te gaan:

- 1 Zintuigen bewust richten op de omgeving;
- 2 Stilstaan bij de lichaamservaring;
- 3 Serieus nemen wat je dwarszit;
- 4 Dit er rustig laten zijn, tot je het los kunt laten.

De psychotherapie kon binnen twee jaar, na 50 zittingen, worden afgerond. Voorafgaand aan de laatste zitting gaat Karel twee weken met zijn vrouw op vakantie. Hij vertelt trots dat hij door verschillende tunnels is gereden zonder in paniek te raken. De langste was 24 km! Hij heeft geen heimwee gehad en heeft vrij kunnen genieten.

Bespreking

In de hier besproken experiëntiële benadering stelt de psychotherapeut zich op als procesexpert. Hij gaat steeds na hoe het met het angstniveau van de cliënt gesteld is. Hij doet dat door non-verbale signalen te observeren en door actief na te vragen bij de cliënt. Daarbij vraagt hij niet alleen naar de mate van stress of angst, maar ook naar de lichaamsbeleving. Lichaamsgerichte interventies hebben drie onderling samenhangende functies. De eerste functie is om het stressniveau te verlagen tot een niveau dat binnen de tolerantiezone ligt. Tegelijkertijd leert de cliënt hierdoor manieren om angst te bestrijden die ook in het dagelijkse leven toegepast kunnen worden. Ten slotte bevorderen lichaamsgerichte interventies de normalisering van de lichaamsbeleving en het vermogen om te reflecteren over innerlijke ervaringen door middel van focussen. Lichaamsgerichte interventies zijn goed in te passen in een gesprekstherapie, maar samenwerking met een psychomotorische therapeut kan ook heel vruchtbaar zijn.

Bij Karel zou nooit ontdekt zijn hoezeer zijn lichaamsbeleving verstoord was, als hem niet rechtstreeks en gedetailleerd gevraagd was hoe hij de verschillende delen van zijn lichaam ervoer. De disfunctionele lichaamsbeleving bleek geworteld in een onveilige gehechtheidsrelatie met een hypochondrische moeder. De ontwikkeling van de disfunctionele emotieschema's kan vaak begrepen worden vanuit onveilige hechting. Er wordt een rationale voor de behandeling uit afgeleid. Deze rationale wordt in het begin van de therapie op cognitief niveau met de cliënt gedeeld in het kader van psycho-educatie. Deze psycho-educatie komt tegemoet aan de behoefte van de angstige cliënt aan leiding (Elliott en anderen, 2003) en bevordert het vertrouwen in de lichaamsgerichte interventies. Als de cliënt eenmaal in staat is om zijn angsten zelf te bestrijden komt er ruimte om de disfunctionele schema's emotioneel te bewerken, waardoor deze ook werkelijk kunnen veranderen. Vaak is veel herhaling en geduld vereist om deze diepgewortelde emotieschema's te bewerken.

Onderzoek naar de in dit artikel beschreven vorm van behandeling van angststoornissen is gewenst om nader vast te kunnen stellen onder welke omstandigheden deze voor patiënten met angststoornissen een verbetering kan betekenen.

Literatuur

- Ablon, J.S., Levy R.A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice and Training*, 43, 216-232.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bekker, M. H. J., & Assen, van, M. A. L. M. (2006). A short form of the autonomy scale: properties of the autonomy-connectedness scale. *Journal of Personality Assessment*, 86, 51-60.
- Bekker, M. H. J., & Belt, U. (2006). The role of autonomy-connectedness in depression and anxiety. *Depression and anxiety*, 23, 274-280.
- Bloemsmma, F. (2001). Procesgerichte diagnostiek, diagnosticeren, indiceren en therapie ontwerpen vanuit cliëntgericht kader. *Tijdschrift voor psychotherapie* 27, 105-128.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1. Attachment..* New York: Basic Books.
- Elliott, R. J., Greenberg L., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In: M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.), (pp. 493-539). New York: Wiley.
- Elliott, E., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2003). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Finke, J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P. (2001). The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 427-448.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: The Guilford Press.
- Glaz, G. (2001). *Angst. Beleving, structuur, macht*. Amsterdam: Boom.
- Greenberg, L. S., & Paivo S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Greenberg L., & Lietaer, G. (2003). Een integratief model van emotie, gedrag en cognitie. In S. Colijn S., H. Sniijders & W. Trijsburg (Red.), *Leerboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Handboek meditatie ontspannen. Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Kabat-Zinn, J., Massion, M. O., Kristeller, J., Gay Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Korrelboom, C. W., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Muiderberg: Coutinho.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self. How our brains become who we are*. New York: Viking Press.
- Leijssen, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*, Utrecht: De Tijdstroom.

- Miller, J.J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192-200.
- Ogden, P, Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 263-279.
- Ogden, P, Minton, K. & Pain, C. (2006) *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York/London: W.W. Norton & Co.
- Prouty, G., Werde, D. van, & Pörtner, M. (2001). *Pre-therapie*. Maarsse, Utrecht: Elsevier.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York/London: W.W. Norton & Co.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Swildens, J.C.A.G. (1997). Procesgerichte gesprekstherapie. Inleiding tot een gedifferentieerde toepassing van de cliëntgerichte *beginselen bij de behandeling van psychische stoornissen*. Leuven/Amersfoort: Acco/de Horstink.
- Swildens, J.C.A.G. (1995). Gesprekstherapie bij angststoornissen. In G. Lietaer & M. van Kalmthout (red.), *Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Teusch, L., & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered 'nonprescriptive' treatment on exposure. *Psychotherapy Research, 9*, 15-123.
- Teusch, L., & Finke, J. (2007). Cliëntgerichte psychotherapie bij angststoornissen. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie, 45*, 33-46.
- Tophoff, M.M. (2005). Opmerkzaamheidstraining in het perspectief van cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie, 43*, 30-39.
- Tophoff, M.M. (2006). Sensory awareness as a method of mindfulness training. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 5*, 127-137.
- Velde, V. van der (red.) (2003). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Wolfe, B. E., & Sigl P. (1998). Experiential psychotherapy for the anxiety disorders. In L.S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychology*. New York: The Guilford Press.