



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Over het registreren van paniek door agorafobici

Edwin de Beurs, Alfred Lange, Pieter Koele, Jette Kiestra en Richard van Dyck\*

---

## Samenvatting

*Er wordt gerapporteerd over een onderzoek waarin patiënten met paniekstoornis en agorafobie het voorkomen van paniekaanvallen systematisch registreerden gedurende de behandeling van hun klachten. De behandeling bestond uit interventies ter bestrijding van paniek gevolgd door exposure in vivo. De registratie van paniek leidde tot twee verrassende bevindingen. Ten eerste bleek dat patiënten geneigd zijn tot overschatten als zij gevraagd worden weer te geven hoeveel paniekaanvallen zij de afgelopen week hebben ondergaan. Ten tweede kwam uit de gegevens van de continue registratie een groep patiënten naar voren met aanvankelijk weinig paniekaanvallen, maar bij wie pas onder invloed van exposure paniek ging optreden. De consequenties voor onderzoek en de implicaties voor de behandeling van paniekstoornis met agorafobie worden besproken.*

De laatste jaren zijn er belangrijke veranderingen doorgevoerd in de classificatie van angststoornissen. Deze zijn vooral een gevolg van de toegenomen aandacht voor paniekaanvallen bij agorafobie. Sinds de introductie van de DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) wordt agorafobische vermijding omschreven als een complicatie bij paniekstoornis, een aandoening waarbij de patiënt ten prooi valt aan plotseling opkomende gevoelens van extreme angst, die gepaard gaan met lichamelijke verschijnselen zoals duizeligheid, overmatig zweten, hartkloppingen en benauwdheid. Ten gevolge van deze paniekaanvallen ontwikkelt de patiënt angst voor de angst (Goldstein & Chambless, 1978; Lange & de Beurs, 1992) en gaat uit vrees voor herhaling situaties vermijden waar ooit paniekaanvallen zijn opgetreden, of waar geen directe hulp voor handen is. De cruciale rol die aan paniek wordt toebedacht is voornamelijk te danken aan het werk van Klein (1988).

Het belang van paniekaanvallen bij agorafobie wordt niet door iedereen onderschreven (Gelder, 1986; Gelder, 1989). Volgens sommigen zijn de agorafobische aspecten de belangrijkste kenmerken van de aandoening en is paniek niets anders dan een verhevigde vorm van agorafobische angst (Lelliott & Marks, 1988). In deze zienswijze is paniek niet de oorzaak van agorafobie, maar een begeleidend verschijnsel bij de aandoening. In de laatste revisie van de International Classification of Diseases, de ICD-10 (World Health Organisation, 1992) zien we deze visie weerspiegeld: de aandoening wordt geclassificeerd als agorafobie, één van de fobische stoornissen. In de komende versie van de DSM, de DSM-IV, zal paniek de basis blijven vormen voor de classificatie van deze angststoornis (American Psychiatric Association, 1991).

---

\* DRS. E. DE BEURS is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.  
DR. A. LANGE is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.  
DR. P. KOELE is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.  
DRS. J. C. KIESTRA is verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Amsterdam (PCA).  
PROF. DR. R. VAN DYCK is verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit in Amsterdam en aan het Psychiatrisch Centrum Amsterdam (PCA).

De samenhang van paniek, angst en vermijding kan mogelijk enige duidelijkheid brengen in de controverse rond paniekstoornis en agorafobie. Er is veel onderzoek verricht naar het samenspel van deze drie fenomenen (Barlow & Craske, 1988; Cox et al., 1991; Craske & Barlow, 1988). Als we de voornaamste bevindingen op een rij zetten blijkt dat de meeste patiënten achteraf verklaren dat hun aandoening is begonnen met één of meer paniekaanvallen (Garvey & Tuason, 1984; Thyer & Himle, 1985). Verder is aangetoond dat er bij patiënten een positieve samenhang bestaat tussen enerzijds angst voor paniek en de ernst van paniek en anderzijds de mate van vermijding (Cox et al., 1991; Craske et al., 1987). Ook blijkt echter dat de samenhang tussen *frequentie* van paniekaanvallen en vermijding vaak ontbreekt. Zo vonden Craske et al. (1987) dat patiënten met lichte, gemiddelde en ernstige vermijding onderling niet verschilden in de hoeveelheid paniekaanvallen die zij rapporteerden. Cox et al. (1991) vonden evenmin een samenhang tussen vermijding en het optreden van paniekaanvallen.

De controverse over de rol van paniekaanvallen in het ontstaan en in stand blijven van agorafobie maakt het belangrijk om paniek bij agorafobici nauwkeurig te meten. De meeste onderzoekers die agorafobie bestuderen, zijn hier dan ook toe overgegaan (zie bijv. Basoglu et al., 1992; De Ruiter et al., 1989; Klein et al., 1987; Michelson et al., 1990; Öst, 1988). Tegenwoordig is in de meeste onderzoeken naar de behandeling van agorafobie het verschil in aantal paniekaanvallen dat voor en na de behandeling ervaren wordt als één van de uitkomstmaten opgenomen (Van Balkom et al., 1992).

Aanvankelijk werd de ernst van de paniek vastgesteld door de patiënten te laten schatten hoeveel paniekaanvallen er de afgelopen week of maand waren opgetreden. Deze methode wordt nog steeds toegepast in gestandaardiseerde diagnostische interviews zoals de ADIS-r (De Ruiter et al., 1987; DiNardo et al., 1988) en zelfrapportagematen zoals het paniek-item in de Mobility Inventory (MI-PF; Chambless et al., 1985). De retrospectieve aard van de methode leidt tot onbetrouwbaarheid: het resultaat is niet meer dan een ruwe schatting van het aantal paniekaanvallen dat is opgetreden. Op het moment zijn er betere methoden beschikbaar om het optreden van paniek vast te stellen, met name door de ontwikkeling van 'continue' registratie van paniek (Margraf et al., 1987; Michelson, 1987; Walker et al., 1991). Hierbij wordt op vooraf verstrekte formulieren iedere paniekaanval door de patiënt geregistreerd. Naast gegevens met betrekking tot de frequentie van de paniek kunnen zo ook gegevens worden verzameld over de paniekaanvallen zelf, zoals de precieze aard van de klachten en de omstandigheden waaronder de paniek optrad.

In een studie, opgezet om de behandeling van agorafobie te evalueren, werd door ons zowel de methode van achteraf schatten van het aantal paniekaanvallen, als de methode van de continue registratie toegepast. Over fenomenologische aspecten van de geregistreerde paniekaanvallen, zoals duur, ernst en de situatie waarin de aanval plaats vond, is elders verslag gedaan (De Beurs et al., 1992a; Garssen et al., 1992). In dit artikel wordt nader ingegaan op gegevens die betrekking hebben op de frequentie van de aanvallen. Ten eerste wordt nagegaan hoe het staat met de betrouwbaarheid van de rapportage van paniek, als de patiënt gevraagd wordt het aantal aanvallen achteraf te schatten. Voorts wordt de frequentie van paniek gedurende de loop van de behandeling onder de loep genomen.

## Methode

### *Patiënten en behandeling*

Aan het onderzoek namen 32 patiënten deel van de 'angstpolikliniek' van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam van de Vrije Universiteit. Het betrof hier de groep patiënten die ook in het vorige artikel is beschreven (De Beurs et al., 1992c). Beschrijvende gegevens van de groep patiënten zijn daar vermeld. De behandeling omvatte drie wekelijkse zittingen en werd uitgevoerd door drie ervaren psychotherapeuten. De behandeling was in een uitgebreid draaiboek beschreven en bestond uit twee fasen. De eerste fase stond in het kader van de bestrijding van paniek. Er werd geoefend met het provoceren van hyperventilatie en ademhalingstraining om patiënten een gevoel van controle over paniek te geven (vgl. Barlow & Cerny, 1988; Clark et al., 1985; de Ruiter et al., 1989). In de tweede fase werd zelfexposure in vivo toegepast (Emmelkamp, 1989; Marks, 1987). Samen met de therapeut werd een hiërarchie opgesteld van situaties die tot dan toe vermeden waren. In de vorm van huiswerkopdrachten werd door de patiënt zelfstandig eens in de twee dagen langdurig geoefend in deze situaties.

### *Vaststelling van de frequentie van paniek*

Tijdens de behandeling registreerden de patiënten iedere paniekaanval door een registratieformulier in te vullen. Op dit formulier was een paniekaanval als volgt gedefinieerd: *een plotselinge toename van vrees met de volgende kenmerken: hevige angst en/of lichamelijke verschijnselen zoals hartkloppingen of transpireren*. Andere – niet noodzakelijke – kenmerken om het fenomeen te omschrijven waren: een tijdelijk onvermogen om helder te denken en een intense behoefte om de situatie te ontvluchten. Deze omschrijving van paniek was gebaseerd op de definitie van Chambless et al. (1985). Deze definitie is minder stringent dan de definitie van een paniekaanval zoals omschreven in de DSM-III-R. Volgens de DSM-III-R moeten er naast de eerder gegeven omschrijving ook tenminste vier symptomen uit een lijst van dertien optreden. Pas dan wordt de aanval beschouwd als een zogenaamde 'full blown' of 'volledige aanval'. Indien niet aan deze eis is voldaan wordt de aanval gezien als een 'limited symptom attack' of 'beperkte aanval'. Op de basis van het aantal symptomen dat door de patiënt op het registratie formulier was aangegeven, kon achteraf worden bepaald of de aanval voldeed aan dit numerieke criterium van de DSM-III of niet.

In onderzoek naar paniekaanvallen wordt onderscheid gemaakt tussen aanvallen die onverwacht, spontaan optreden en aanvallen die situationeel bepaald zijn (Klein & Klein, 1989; Woods et al., 1987). Op het registratieformulier was een vraag opgenomen om dit onderscheid in de aard van de paniek te kunnen maken. De patiënt werd gevraagd aan te geven in hoeverre de situatie waarin de aanval plaatsvond belastend of angstaanjagend was. Aanvallen in niet-beangstigende situaties werden als spontaan beschouwd, aanvallen in enigszins of duidelijk beangstigende situaties als situationeel.

De eerste week van de continue registratie ging vooraf aan de eerste therapie sessie. Tijdens de eerste zitting werden de formulieren ingenomen en de resultaten van de registratie besproken. De definitie van paniek werd opnieuw met de patiënt doorgenomen en indien noodzakelijk bijgesteld. Met name het onderscheid tussen

agorafobische angst en paniek werd benadrukt door het plotselinge karakter van paniek te onderstrepen. Aansluitend leverden de patiënten tijdens iedere sessie hun ingevulde registratieformulieren in en werden zij van nieuwe formulieren voorzien. Zoals gezegd omvatte de therapie dertien wekelijkse sessies. De eerste week van de registratie werd beschouwd als een trainingsperiode. Derhalve omvatte de formele registratieperiode twaalf weken.

Tevens werd de frequentie van paniek vastgesteld door patiënten te vragen aan de hand van het daarop betrekking hebbende item van de Mobility Inventory (MI-PF; Chambless et al., 1985) een schatting te geven van het aantal paniekaanvallen dat was ervaren in de week voorafgaande aan de afname van de vragenlijst. De MI-PF werd samen met andere zelfrapportagematen de volgende momenten afgenomen: een week voor de behandeling begon, halverwege de behandeling en na afsluiting van de behandeling (zie hieronder).

### *Zelfrapportagevragenlijsten voor agorafobie*

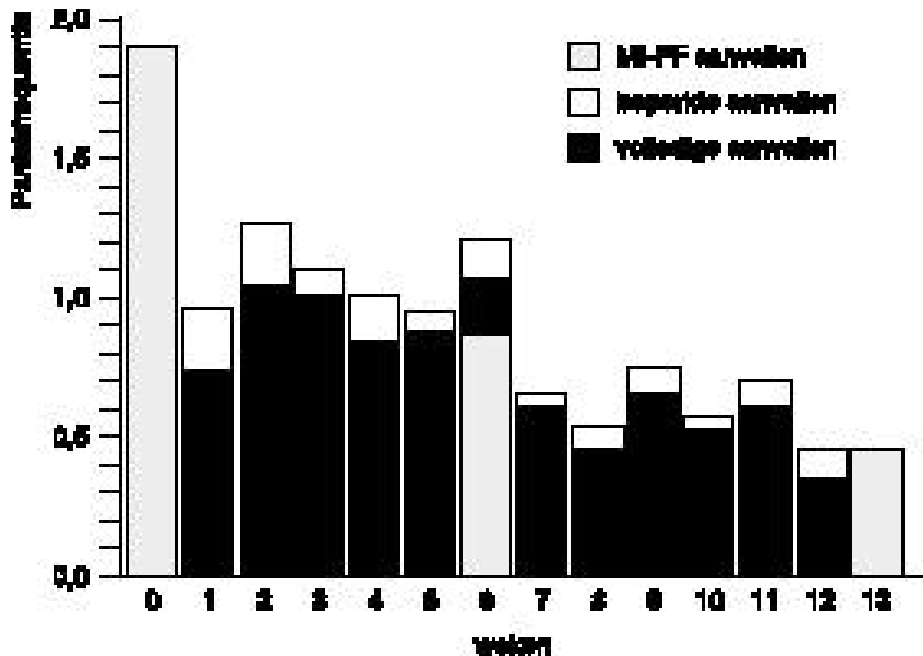
In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een uitgebreide testbatterij met vragenlijsten voor agorafobie, somatische klachten en depressie. In de onderhavige analyse werd alleen gebruik gemaakt van scores op de agorafobie-subschalen van de Angstvragenlijst (AVL; Marks & Mathews, 1979), de Fear Survey Schedule III-r (FSS; Arrindell et al., 1984; Wolpe & Lang, 1964) en de Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R; Arrindell & Ettema, 1986; Derogatis, 1977) en voorts de Mobility Inventory schalen (MI; Chambless et al., 1985). De schalen werden gecombineerd tot één composietscore voor agorafobische angst en vermijding.

Om de agorafobische vermijding onder gestandaardiseerde omstandigheden te meten werd bij de patiënte een meervoudige gedragstest afgenomen. Deze test bestond uit drie taken: een wandeling richting het stadscentrum, boodschappen doen in een nabijgelegen supermarkt en een rit met de tram. Gemeten werd de prestatie op de test en de angst die tijdens het uitvoeren van de taken was ervaren. De test bleek een betrouwbare en valide maat voor de conditie van de patiënten (De Beurs et al., 1991). De gedragstest werd drie keer afgenomen: voor, halverwege en na de behandeling.

## **Resultaten**

Aanvankelijk namen er 32 patiënten deel aan het onderzoek. Vier patiënten werden van de analyse uitgesloten. Twee patiënten rapporteerden geen enkele paniekaanval tijdens de behandeling, de andere twee patiënten registreerden zoveel paniekaanvallen dat zij verantwoordelijk waren voor respectievelijk 24 en 13 procent van alle aanvallen die geregistreerd werden. Alhoewel hun paniekfrequenties een mooi afnemend verloop vertoonden werden deze twee 'uitbijters' verwijderd, omdat ze teveel gewicht in de schaal zouden leggen bij de analyse van de gemiddelde frequentie van de gehele groep.

Van de 28 overblijvende patiënten werden allereerst de gemiddelde weekscores op basis van de continue registratie vergeleken met de gegevens van de MI-PF. In figuur 1



*Figuur 1 Gemiddelde frequentie van paniekaanvallen gedurende de behandeling volgens continue registratie en volgens een retrospectieve schatting van de patiënten.*

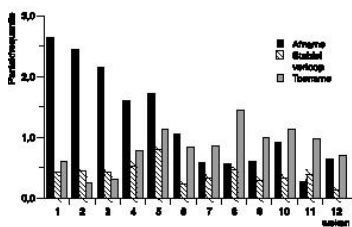
is het gemiddelde aantal paniekaanvallen van de groep weergegeven volgens de MI-PF . Tevens is in figuur 1 de paniekfrequentie volgens de continue registratie weergegeven. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen volledige (DSM-III-R) aanvallen en beperkte aanvallen. De figuur is gebaseerd op de gemiddelden die zijn gerapporteerd in De Beurs et al. (1992b) .

Uit de resultaten komt duidelijk naar voren dat patiënten voor de aanvang van de behandeling het aantal paniekaanvallen met behulp van de MI-PF veel hoger schatten dan de continue registratie aangeeft. Het verschil tussen beide methoden van registratie van paniek wordt nog duidelijker als de definitie van paniek scherper wordt gesteld, in overeenstemming met de DSM-III-R definitie. De schatting op de MI-PF levert dan een bijna twee keer zo hoge paniekfrequentie op.

Ook werd de correlatie (Kendall's  $\tau$ ) berekend tussen de MI-PF-score en frequentie van paniek volgens de continue registratie. Bij de voormeting bedroeg de correlatie  $\tau = 0,33$ ,  $p = 0,015$ , bij de tussenmeting  $\tau = 0,55$ ,  $p < 0,001$  en bij de nameting  $\tau = 0,62$ ,  $p < 0,001$ . Het ontbreken van substantiële samenhang bij de voormeting duidt erop dat er sprake is van overschatting, en dat patiënten dit bovendien in verschillende mate doen. Het verschil tussen de MI-PF-score en de continue registratie is bij de tussenmeting en bij de nameting nagenoeg verdwenen. Dit is niet verbaasd aangezien op deze meetmomenten patiënten hun schatting vermoedelijk baseerden op de resultaten van de continue registratie.

Om de afname van paniek tijdens de behandeling te toetsen werden de scores geanalyseerd met variantie-analyse voor herhaalde metingen. De resultaten van de variantie-analyse van de MI- PF gegevens gaven een significante afname van paniekaanvallen te zien.  $F(2) = 7,05, p = 0,002$ . De continue registratie van paniek gaf eveneens aan dat de paniek afnam, indien we de volledige aanvallen beschouwen,  $F(11) = 1,85, p = 0,045$ . De afname van alle aanvallen (volledige en beperkte aanvallen) haalde net niet het significantienivo van  $\tau = 0,05$ :  $F(11) = 1,78, p = 0,058$ . Verder valt op dat het therapieeffect, afgemeten aan het verschil tussen voor- en nameting, veel groter is voor de MI- PF, wat een direct gevolg is van de overschatting tijdens de voormeting. Dit meetinstrument geeft een veel te positief beeld van wat de behandeling vermag.

Naast een significant effect over de tijd bracht de variantieanalyse ook een grote variabiliteit in paniekfrequentie tussen verschillende patiënten aan het licht. Op grond daarvan werd het individuele verloop van paniek bij patiënten aan een nadere inspectie onderworpen. Het bleek mogelijk aan de hand van individuele profielen drie groepen patiënten te onderscheiden. Eén groep vertoonde een duidelijke afname van paniek over tijd ( $n = 10$ ). Een tweede groep liet juist een toename van paniek gedurende de behandeling zien ( $n = 7$ ). De overblijvende patiënten vielen wat betreft het verloop van de paniekfrequentie tussen beide extremen in ( $n = 11$ ). De gemiddelde paniekfrequentie van de drie groepen over de tijd is weergegeven in figuur 2



*Figuur 2 Gemiddelde frequentie van paniek in drie groepen patiënten: met een afname van paniekaanvallen, met een gelijk blijvend aantal paniekaanvallen en met een toename van paniekaanvallen.*

In de groep met een afname in paniek, daalde het aantal paniekaanvallen vooral in de eerste fase van de behandeling. Bij deze patiëntenn sloeg de behandeling voor paniek kennelijk aan, zodat zij bijna geen paniekaanvallen meer ervaarden in de zesde week van de behandeling. De patiënten met een toename in paniekaanvallen, rapporteerden daarentegen nagenoeg geen paniek in de eerste fase van de behandeling, zij ervaarden vooral paniek in de tweede fase. Drie patiënten uit deze groep kregen hun eerste paniekaanval tijdens het oefenen met exposure-huiswerk.

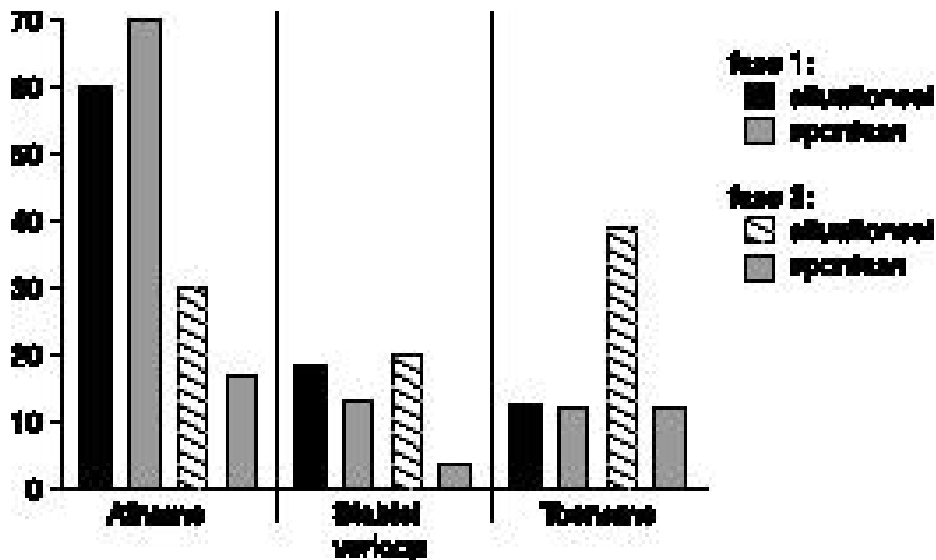
Er werden aanvullende analyses ondernomen om te onderzoeken of het mogelijk was op grond van voormetingsscores patiënten met een afname in paniek te onderscheiden van patiënten met een toename in paniek. Ten eerste werd de paniekfrequentie bij

aanvang, gemeten met de MI-PF, van de drie groepen vergeleken. De groep met een afname schatte een gemiddelde van 2,8 (font=symbol charset=fontspecific code=177 TeX=\pm 'descr='[plusmn]' 3,5) aanvallen, de groep met een gelijkblijvend aantal aanvallen schatte vooraf een gemiddelde van 1,6 (font=symbol charset=fontspecific code=177 TeX=\pm 'descr='[plusmn]' 1,5) aanvallen, en de groep met een toename schatte een gemiddelde van 1,3 (font=symbol charset=fontspecific code=177 TeX=\pm 'descr='[plusmn]' 1,4) aanvallen. De verschillen waren niet significant,  $F(2) = 1,05$ ;  $p = 0,36$ . Vanwege het verschil in aantal patiënten in de groepen en omdat van de MI-PF bekend is dat deze schaal vaak een scheve frequentieverdeling oplevert, werd ook een nonparametrische toets uitgevoerd, de Kruskal-Wallis, echter met hetzelfde resultaat,  $\chi^2(2, N = 28) = 1,16$ ;  $p = 0,56$ .

Ook werd de mate van agorafobische vermijding van de drie groepen vergeleken. Wederom werd geen verschil aangetroffen tussen voormetingsscores van de drie groepen: geen verschil in vermijding volgens de zelfrapportage en ook niet in vermijding volgens de gedragstest. Ten slotte werd de vooruitgang van de drie groepen tijdens de therapie vergeleken, geoperationaliseerd als de toename van prestatie op de gedragstest en afname van vermijding op de agorafobiecomposiet. De gegevens van de voormeting, tussenmeting en nameting werden geanalyseerd met variantieanalyse in een 3 (groepen) bij 3 (meetmomenten) factorieel design. De M-GT score gaf een significant effect van de factor tijd aan,  $F(2,50) = 25,06$ ;  $p < 0,001$ , maar geen verschil tussen drie groepen,  $F(2,50) = 0,97$ ;  $p = 0,40$ , en ook geen significante interactie tussen tijd en groep,  $F(4,50) = 1,20$ ;  $p = 0,32$ . Met andere woorden: de prestatie nam weliswaar toe gedurende de behandeling, maar er was geen verschil in toename tussen de groepen. Een zelfde analyse van de scores op de agorafobiecomposiet gaven een identiek resultaat: een significant effect van de factor tijd,  $F(2,50) = 37,16$ ;  $p < 0,001$ , maar geen verschil in vermijding tussen de groepen,  $F(2,50) = 2,60$ ;  $p = 0,10$ , noch een interactie tussen tijd en groep,  $F(2,50) = 0,60$ ;  $p = 0,67$ . Het verschillende verloop van paniekaanvallen in de drie groepen gaat blijkbaar niet samen met verschil in vermijding bij de voormeting, en ook niet met een verschil in vooruitgang wat betreft de agorafobische klachten.

Ten slotte is nagegaan of er verschil was in de aard van de paniekaanvallen die gerapporteerd werden in de drie groepen. De proportie situationele en non-situationele paniekaanvallen van de drie groepen patiënten in de twee fasen van de behandeling zijn weergegeven in figuur 3





*Figuur 3 Aantal situationeel bepaalde en spontane paniekaanvallen in de twee fasen van de behandeling bij de drie groepen patiënten.*

Zoals uit figuur 3 naar voren komt is de proportie spontane en situationeel bepaalde aanvallen in de drie groepen ongeveer gelijk. Patiënten met een toename van paniek rapporteren geen ander soort paniek in de eerste fase van de behandeling. Wel blijkt dat het vooral situationeel bepaalde aanvallen zijn die bij sommige patiënten de toename van paniek veroorzaken in de tweede fase van de behandeling.

## Discussie

### *De twee methoden van registratie van paniek vergeleken*

Een vergelijking van de schatting van de patiënt en de continue registratie van de paniek laat zien hoe weinig valide de retrospectieve schatting door de patiënt is. Bij de voormeting bedroeg de overschatting maar liefst bijna honderd procent. Dit resultaat is in overeenstemming met eerdere bevindingen van bijvoorbeeld Margraf et al. (1987). Zij rapporteerden dat zowel de ernst als de frequentie van paniek door patiënten werd overschat in vergelijking met continue registratie. Gebruik van gegevens verkregen door retrospectieve schatting is bij de evaluatie van de behandeling van agorafobie af te raden, want het heeft een ernstige overschatting van het behandelingseffect tot gevolg.

De overschatting van paniek door agorafobici is ook relevant voor de diagnosestelling en de controverse over de rol van paniek bij agorafobie. Patiënten lijken geneigd te zijn voorafgaande aan de behandeling aan te geven dat zij veel paniekaanvallen ervaren. Als de aanvallen echter daadwerkelijk geregistreerd worden, blijkt de mate waarin

patiënten paniek ervaren nogal mee te vallen. Bij nader inzien is op zijn minst bij een groep patiënten de agorafobische vermijding een belangrijker kenmerk van de aandoening dan de paniek.

### ***Patiënten met een toename van paniek***

Een opmerkelijke bevinding is dat bij een groep patiënten geen afname maar een toename van paniek geconstateerd werd tijdens de behandeling. Bovendien vonden de paniekaanvallen, die deze patiënten ondergingen in meerderheid plaats in een belastende of angstaanjagende situatie. Dit wijst erop dat deze patiënten pas paniek gaan ervaren indien zij lang vermeden situaties voor het eerst weer betreden tijdens het oefenen met exposure huiswerk. Daarvoor wordt met het vermijden van agorafobische situaties ook het optreden van paniek vermeden.

Voor de evaluatie van de behandeling voor paniekstoornis met agorafobie heeft dit belangrijke consequenties. Indien de frequentie van paniek als uitkomstmaat gebruikt wordt zonder rekening te houden met vermijding ontstaat een te negatief beeld van de effectiviteit van de behandeling bij deze patiënten. Bij de patiënten bij wie paniek niet afneemt of zelfs toeneemt zou geconcludeerd worden dat de behandeling is mislukt, terwijl zij wel reageerden met een afname van agorafobische vermijding.

De resultaten van de registratie van paniek kunnen ook het gebrek aan samenhang tussen vermijding en de frequentie van paniek verklaren, waarover in de inleiding werd gesproken. Het gebrek aan samenhang zou te maken kunnen hebben met verschillen tussen patiënten. Weliswaar is er bij sommige patiënten sprake van een positieve samenhang tussen paniek en vermijding: veel vermijding gaat samen met veel paniekaanvallen en in de loop van de behandeling nemen beide symptomen gelijktijdig af. Bij anderen wordt echter met de vermijding van agorafobische situaties ook het optreden van paniekaanvallen vermeden. Bovendien verloopt de afname van paniek en vermijding niet synchroon: een afname van vermijding gaat juist gepaard aan een toename van paniek.

### ***Implicaties voor de klinische praktijk***

Wat zijn de mogelijke implicaties van de bevindingen voor de klinische praktijk? Bij patiënten die weinig paniek ervaren in de beginfase van de behandeling verdient het de voorkeur om in een vroeg stadium te beginnen met een zelf-exposureprogramma. (Dus niet beginnen met hyperventilatieprovocatie en ademhalingsoefeningen.) De paniekaanvallen die mogelijk resulteren uit de exposure oefeningen kunnen vervolgens behandeld worden.

Jammer genoeg was het in dit onderzoek niet mogelijk om op grond van voormetingscores de groep patiënten met aanvankelijk weinig paniek en een toename van aanvallen te onderscheiden van andere patiënten. Bij de voormeting vertoonden zij dezelfde mate van vermijding en ook schatten zij het aantal paniekaanvallen ongeveer even hoog in als patiënten, waarbij de paniek afnam gedurende de behandeling. Het is dus niet mogelijk om voorafgaande aan de behandeling te voorspellen of iemand zal reageren met een toename of een afname van paniek. De uitkomst van continue

registratie van paniekaanvallen biedt wel een aanknopingspunt. Na een paar weken registreren zal duidelijk zijn of de agorafobie danwel de paniek op de voorgrond staat in de klachten van de patiënt. Bovendien wordt duidelijk of de paniek voornamelijk situationeel bepaald is of niet. De registratie dient dus niet zozeer om aan te tonen dat de patiënten positief reageren op de behandeling, maar om vast te stellen wat de beste strategie voor de behandeling is. De behandeling kan navenant aangepast worden door bij patiënten die paniekaanvallen vermijden al in een vroeg stadium met de exposure in vivo te beginnen.

---

### Abstract

*An event sampling method is used to study the frequency of panic attacks during treatment of agoraphobics. Treatment comprised panic management techniques followed by exposure in vivo. Results indicate a much lower incidence of panic attacks in agoraphobics according to self-monitoring than is expected on account of their retrospective estimation. Furthermore, results reveal that there is a group of patients, that experienced little panic in the initial phase of treatment, but during the exposure phase experience an increase in frequency of panic attacks along with a decrease in avoidance. Implications for the use of panic attack frequency as an outcome measure as well as recommendations for the treatment of panic disorder with agoraphobia are discussed.*

### Referenties

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (third rev. ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1991). *DSM-IV options book: Work in progress (9/1/91)* (IV ed.). Washington, DC: APA.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G. & Ende, J. v.d. (1984). Phobic dimensions 1-Reliability and generalizability across samples, gender and nations. The Fear Survey Schedule (FSS-III) and the Fear Questionnaire (FQ). *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6, 207-254.
- Arrindell, W. A. & Ettema, J. H. M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Balkom, A. J. L. M. van, Dyck, R. van, Beurs, E. de & Broekman-Piets, R. (1992). The effect of cognitive-behavioural therapy on panic attacks: A literature review. Submitted for publication.
- Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667-685.
- Basoglu, M., Marks, I. M. & Sengun, S. (1992). A prospective study of panic and anxiety in agoraphobia with panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 57-64.
- Beurs, E. de, Garssen, A., Buikhuizen, M., Van Dyck, R., Lange, A. & van Balkom, A. J. L. M. (1992a). Continuous monitoring of panic. Submitted for publication.
- Beurs, E. de, Lange, A. & Dyck, R. van (1992b). Self-monitoring of panic attacks and retrospective estimates of panic: Discordant findings. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 411-413.
- Beurs, E. de, Lange, A., Dyck, R. van, Blonk, R. W. B. & Koele, P. (1991). Behavioral assessment of avoidance in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 13, 285-300.
- Beurs, E. de, Lange, A., van Dyck, R. van, & Koele, P. (1992c). Hyperventilatieprovocatie en ademhalingsoefeningen voorafgaande aan exposure in bij de behandeling van paniekstoornis met agorafobie. *Directieve Therapie*, 3, 29-45.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M. & Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.

- Cox, B. J., Swinson, R. P., Norton, G. R. & Kuch, K. (1991). Anticipatory anxiety and avoidance in panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 363–365.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667–685.
- Craske, M. G., Sanderson, W. C. & Barlow, D. H. (1987). The relationship among panic, fear and avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 153–166.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scales series*. Clinical Psychometrics Research Unit, John Hopkins University School of Medicine, Baltimore.
- DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J., Vermilyea, B. B., Himadi, W. & Wadell, M. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised (ADIS-R)*. Phobia and Anxiety Disorders Clinic, University of Albany, State University of New York.
- Emmelkamp, P. M. G. (1989). Anxiety disorders. In: A. Bellack, M. Hersen & A. Kazdin (red.), *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press.
- Garssen, A., Beurs, E. de, Buikhuisen, M., Dyck, R. van, Lange, A. & Balkom, A. J. L. M. van (1992). On distinguishing types of panic. *Submitted for publication*.
- Garvey, M. J. & Tudson, V. B. (1984). The relationship of panic disorder to agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 529–531.
- Gelder, M. G. (1986). Panic attacks: New approaches to an old problem. *British Journal of Psychiatry*, 149, 346–352.
- Gelder, M. G. (1989). Panic disorder: Fact or fiction? *Psychological Medicine*, 19, 277–283.
- Goldstein, A. J. & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behaviour Therapy*, 9, 47–59.
- Klein, D. F. (1988). Answer on 'The cause and treatment of agoraphobia'. *Archives of General Psychiatry*, 45, 389–392.
- Klein, D. F. & Klein, H. M. (1989). The substantive effect of variations in panic measurement and agoraphobic definition. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 45–56.
- Klein, D. F., Ross, C. R. & Cohen, P. (1987). Panic and avoidance in agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 377–385.
- Lange, A. & Beurs, E. de (1992). Multidimensional family treatment of agoraphobia. *Journal of Family psychotherapy*, Manuscript accepted for publication.
- Lelliott, P. & Marks, I. M. (1988). The cause and treatment of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 388–389.
- Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T. & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 558–565.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Marks, I. M. & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263–267.
- Michelson, L. (1987). Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia. In L. Michelson, & L. M. Ascher (red.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. (pp. 213–279). New York: Oxford Press.
- Michelson, L., Marchione, K., Greenwald, M., Glanz, L., Testa, S. & Marchione, N. (1990). Panic disorder: Cognitive-behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 141–151.
- Öst, L. G. (1988). Applied relaxation versus progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13–22.
- Ruiter, C. de, Garssen, B., Rijken, H. & Kraaimaat, F. (1987). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised: Dutch translation*. Vakgroep Psychiatrie, Universiteit van Utrecht.
- Ruiter, C. de, Rijken, H., Garssen, B. & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 647–655.
- Thyer, B. A. & Himle, J. (1985). Temporal relationship between panic attack onset and phobic avoidance in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 607–608.
- Walker, J. R., Norton, G. N. & Ross, C. A. (1991). *Panic disorder and agoraphobia: A comprehensive guide to the practitioner*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole.
- Wolpe, J. & Lang, P. J. (1964). A Fear Survey Schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27–30.
- Woods, S. W., Charney, D. S., McPerson, C. A., Gradman, A. H. & Heninger, G. R. (1987). Situational panic attacks: Behavioral, psychologic and biochemical characterization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 365–375.

Edwin de Beurs, Alfred Lange, Pieter Koele, Jette Kiestra en Richard van Dyck

World Health Organisation (1992). *Tenth revision of the international classification of diseases*.  
Geneva: World Health Organisation.