



[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)

# Cognitieve gedragstherapie in een groep voor patiënten met een paniekstoornis en agorafobie

Walter Arts, Marina Akkermans, Joost Kromhout† en Evelien Rouwendal\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel wordt een cognitieve groepsgedragstherapie beschreven voor patiënten met een paniekstoornis met agorafobie. De behandeling bestond uit a psycho-educatie (uitgebreide uitleg over de aard en fysiologie van angst en paniek), b cognitieve herstructureringen van de catastrofale cognities, c ademhalings- en ontspanningsoefeningen, d interoceptieve exposure en e een zelfcontroleprogramma van exposure in vivo. Dit werd gevolgd door een oefenfase waarin geen groepsbijeenkomsten plaatsvonden en patiënten zelfstandig het exposure-programma voortzetten. De behandeling was succesvol. Het aantal spanningsklachten, de angst voor deze klachten, het aantal catastrofale cognities hierover en het vermijdingsgedrag namen significant af. Het algemeen welbevinden nam significant toe. Het aantal patiënten met paniekaanvallen daalde sterk. Gedurende de oefenfase nam het vermijdingsgedrag significant verder af. Het merendeel van de patiënten was erg tevreden over de groepsbehandeling.*

## Inleiding

Een paniekstoornis met agorafobie is doorgaans bijzonder invaliderend. De meest geschikte behandeling hiervoor is – al vele jaren – exposure in vivo (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987). Zo'n 60 tot 75% van de patiënten heeft baat hierbij – drop-outs niet meegerekend. Er zijn echter maar weinig patiënten uiteindelijk volledig klachtenvrij. De bereikte verbetering is wel duurzaam, zo blijkt uit follow-up-onderzoeken die tijdspannen van vier tot negen jaar omvatten (Emmelkamp & Kuipers, 1979; Munby & Johnston, 1980; Burns, Thorpe & Cavallero, 1986; Lelliot, Marks, Monteiro, Tsakiris & Noshirvani, 1987). Opvallend is dat na afsluiting van de behandeling nog maar weinig verder herstel optreedt. Ademhalings- en ontspanningsoefeningen zijn vaak toegepast om het effect van een exposure-behandeling te vergroten. Over het algemeen hebben deze coping-technieken echter geen uitgesproken meerwaarde (Hibbert & Chan, 1989; De Ruiter, Rijken, Garssen & Kraaimaat, 1989; De Beurs, Lange, Koele, Beek & Van Dyck, 1992; Korrelboom, 1995). Alleen Bonn, Readhead & Timmons (1984) vonden een positief effect van ademhalingstraining bij een follow-up van zes maanden.

Exposure in vivo richt zich voornamelijk op het doen afnemen van de agorafobie. De laatste jaren wordt agorafobie steeds meer beschreven als secundair aan een

---

\* W. ARTS is verbonden aan de polikliniek psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis, Jan Thomeelaan 1, 2625 DW te Delft (correspondentieadres) en de polikliniek psychiatrie van het PC Joris NWN te Schiedam.  
M. AKKERMANS is ook werkzaam op de polikliniek psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.  
E. ROUWENDAL is verbonden aan de RIAGG Zuid-Kennemerland te Haarlem.  
J. KROMHOUT was tot zijn overlijden werkzaam aan de RIAGG Zuid-Kennemerland te Haarlem.

fundamenteel probleem, te weten de paniekstoornis (zie de verschuivingen in de DSM-III, III-R en IV (APA, 1980, 1987, 1994)). Een behandeling die zich concentreert op het elimineren van deze stoornis is de cognitieve therapie, zoals beschreven door Clark (1986, 1989) en Salkovskis en Clark (1991). De aanname bij deze behandeling is dat paniek ontstaat doordat lichamelijke sensaties (zoals duizeligheid en hartkloppingen) op een catastrofale wijze worden geïnterpreteerd (flauwvallen, hartaanval). Door uitgebreid uitleg en geruststelling te geven over de klachten, nieuwe en reëlere interpretaties te genereren en beide veronderstellingen te toetsen in gedragsexperimenten – waarin meestal impliciet blootstelling aan een gevreesde situatie plaatsvindt – tracht men de catastrofale interpretaties te corrigeren en de paniekaanvallen te laten ophouden. Ook interoceptieve exposure (exposure aan lichamelijke sensaties die worden geassocieerd met paniek) en ademhalingstraining kunnen deel uitmaken van deze behandeling, alhoewel zij het effect ervan niet vergroten (Salkovskis, Clark & Hackmann, 1991; Chambless & Gillis, 1993; Margraf, Barlow, Clark & Telch, 1993). De effectiviteit van cognitieve therapie is inmiddels aangetoond in gecontroleerde onderzoeken. Op één uitzondering na (De Ruiter et al., 1989) zijn de resultaten uitstekend. Na behandeling is 70 tot 80% van de patiënten paniekvrij (Barlow, Craske, Cerny, Klosko, 1989; Klosko, Barlow, Tassinari & Cerny, 1990; Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Telch et al., 1993; Clark et al., 1994; Craske, Maidenberg & Bystrinsky, 1995; Arntz & Van den Hout, 1996). Het merendeel van de patiënten uit deze onderzoeken vertoont echter geen of slechts weinig vermijdingsgedrag. Ernstige agorafobie doet de effectiviteit van cognitieve therapie voor paniek afnemen (Williams & Falbo, 1996).

In drie gecontroleerde onderzoeken bij patiënten met een paniekstoornis met agorafobie zijn cognitieve therapie en exposure in vivo met elkaar vergeleken. Beide behandelcondities bleken even succesvol (Bouchard et al., 1996) alhoewel exposure in vivo op enkele uitkomstmaten superieur was (Williams & Falbo, 1996). Cognitieve therapie voorafgaand aan exposure in vivo vergrootte het effect van de exposure-behandeling niet (Van den Hout, Arntz & Hoekstra, 1994).

De behandeling van een paniekstoornis met agorafobie vindt hoofdzakelijk individueel plaats. Er zijn weinig publicaties over groepsbehandelingen. Dit is in zekere zin vreemd omdat reviews van de literatuur aangeven dat groepsbehandelingen net zo effectief zijn als individuele behandelingen (Toseland & Siporin, 1986; Tillitski, 1990; Piper & Joyce, 1996) en een groepsbehandeling vanuit het perspectief van de therapeut minstens zo efficiënt is wat tijdsinvestering betreft. Groepstherapie heeft mogelijk ook voor patiënten een meerwaarde door de herkenning en steun die zij bij lotgenoten vinden.

In de jaren zeventig verscheen een aantal artikelen over exposure in vivo in een groepssetting (Hand, Lamontagne & Marks, 1974; Hafner & Marks, 1976; Teasdale, Walsh, Lancashire & Mathews, 1977; Zitrin, Klein & Woerner, 1980). De resultaten waren goed. Hafner en Marks (1976) vonden dat groepsbehandeling zelfs significant beter was dan individuele exposure op enkele uitkomstmaten. Wel ging groeps-exposure vergezeld van meer paniekaanvallen.

Onlangs verscheen ook een aantal publicaties over de succesvolle toepassing van cognitieve therapie in groepsverband (Telch et al., 1993; Pollack, Otto, Kaspi,

Hammerness & Rosenbaum, 1994; Bouchard et al., 1996; Poulton & Andrews, 1996). De resultaten lijken overeen te komen met die van individuele cognitieve therapie.

De literatuur overziend zou (groeps)behandeling van een paniekstoornis met agorafobie zich kunnen beperken tot cognitieve therapie of exposure in vivo. Dit laatste lijkt zelfs de voorkeur te hebben (Williams & Falbo, 1996). Toch worden in de dagelijkse klinische praktijk vaak meer elementen bij de behandeling betrokken. Hoewel niet direct effectief kunnen patiënten zich toch erg gesteund voelen door ademhalings- en ontspanningsoefeningen. En cognitieve procedures kunnen patiënten motiveren tot het uitvoeren van exposure-opdrachten die zij eigenlijk niet aandurven. Daarnaast heeft de ene patiënt meer affiniteit met cognitieve therapie en de andere met exposure in vivo. Hieronder wordt dan ook een groepsbehandeling beschreven voor patiënten met een paniekstoornis met agorafobie waarin verschillende technieken worden gecombineerd. Deze behandeling viel uiteen in een behandelfase en een oefenfase. De behandelfase omvatte: *a* psycho-educatie (uitgebreide uitleg over de aard en de fysiologie van angst en paniek), *b* cognitieve herstructureringen van de catastrofale cognities, *c* ademhalings- en ontspanningsoefeningen, *d* interoceptieve exposure en *e* een zelfcontroleprogramma van exposure in vivo. Na de behandelfase volgde een oefenfase van tien à twaalf weken waarin geen groepsbijeenkomsten plaatsvonden en patiënten zelf het exposure-programma voortzetten. Wij bespreken de resultaten van de behandelfase en de oefenfase. In de beschouwing gaan we in op de voor- en nadelen van de groepsbehandeling.

## Methodie

### *Patiënten*

De groepstherapie werd door 33 patiënten gevolgd. Twee patiënten weigerden de behandeling omdat zij opzagen tegen de confrontatie met de problemen van anderen. Drie andere patiënten konden niet voldoende tijd vrijmaken om aanwezig te zijn op de geplande bijeenkomsten.

De groepsbehandeling werd in twee centra uitgevoerd, te weten de polikliniek psychiatrie van het Reinier de Graafgasthuis te Delft en de RIAGG te Haarlem. Om in aanmerking te komen voor de behandeling moesten patiënten voldoen aan de criteria voor een paniekstoornis met agorafobie zoals beschreven in de DSM-IV (APA, 1994). Dit diende tevens de hoofddiagnose te zijn. De diagnose werd gesteld door een psychiater en, in een vervolgesprek, door één van de auteurs. In dit gesprek werd de patiënt ook de groepsbehandeling aangeboden. Als uitsluitingscriteria voor deelname golden: *a* een hoofddiagnose anders dan paniekstoornis met agorafobie, *b* een klachtenduur korter dan drie maanden, *c* tekenen van een bipolaire stoornis of psychose en *d* zwakbegaafdheid, organiceiteit, epilepsie of een ernstige cardiovasculaire stoornis. Eventueel gebruik van antidepressiva of benzodiazepinen vormde geen bezwaar. Evenmin was het van belang of patiënten eerder behandeld waren of een therapie onderbroken hadden om deel te nemen aan de groepsbehandeling. De meeste patiënten werden aangemeld door de huisarts. In Delft vormde de RIAGG ook één van de verwijzers.

## ***Metingen en meetinstrumenten***

Aan patiënten werd driemaal gevraagd een aantal vragenlijsten in te vullen: voorafgaand aan de behandeling (voormeting), na de behandelfase (nameting) en na de oefenfase (follow-up).

De volgende vragenlijsten werden gebruikt:

- De Nijmeegse Hyperventilatie-Vragenlijst (HV: Garssen et al., 1984). Deze vragenlijst meet de frequentie van optreden van zestien lichamelijke sensaties en gewaarwordingen die gewoonlijk bij paniek en hyperventilatie horen (range: 0–64).
- De Body Sensation Questionnaire (BSQ: Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984). Deze vragenlijst meet de angst voor zeventien lichamelijke sensaties en gewaarwordingen die kunnen optreden tijdens een paniekaanval (range: 17–85).
- De Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ: Chambless et al., 1984). Deze lijst inventariseert de catastrofale gedachten die iemand heeft tijdens een paniekaanval (range: 14–70).
- De Mobility Inventory (MI: Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985). Deze lijst meet het vermijdingsgedrag van patiënten met een paniekstoornis met agorafobie, zowel alleen (MIa) als in het gezelschap van anderen (MIb) (range: MIa 26–130; MIb 25–125).
- De Vijf-Situatie-Angstschaal (5-SA: naar Gelder & Marks, 1966, en Watson & Marks, 1971). Deze lijst meet de hoeveelheid angst en spanning die een patiënt ervaart in vijf, voor hem specifieke situaties die hij tracht te vermijden uit angst voor een paniekaanval (range 0–40).
- De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986). De totaalscore van deze lijst is een maat voor het welbevinden van degene die de vragenlijst invult (range 90–450).

De BSQ werd alleen gebruikt in Delft, de 5-SA alleen in Haarlem. Voor alle vragenlijsten geldt: hoe hoger de score, hoe ongunstiger.

Vanaf de eerste zitting werd aan de patiënten gevraagd elke dag het optreden van paniekaanvallen te registreren op speciaal daarvoor bestemde formulieren. Het volgende moest worden ingevuld: *a* datum, tijdstip en plaats van de aanval, *b* duur van de aanval, *c* de klachten waar de patiënt tijdens de aanval last van had – een lijst van alle dertien DSM-IV-symptomen van een paniekaanval, *d* of de aanval verwacht of onverwacht was en wel of niet doorzette (tweemaal een driepuntsschaal) en *e* de ernst van de paniek (op een vijfpuntsschaal). Er werd van een paniekaanval gesproken als er bij *c* vier of meer symptomen waren aangekruist (in overeenstemming met de criteria voor een paniekaanval volgens de DSM-IV), bij *d* bleek dat de aanval gedeeltelijk of helemaal had doorgezet en bij *e* was ingevuld dat patiënt bang, erg bang of helemaal in paniek was geweest.

## ***Therapeuten***

Alle behandelingen werden door de auteurs uitgevoerd. Er waren twee behandelaren per groep. Alle therapeuten hadden ruime ervaring in de individuele behandeling (cognitieve gedragstherapie) van patiënten met een paniekstoornis met agorafobie.

## **Behandeling**

De behandeling in Delft bestond uit tien wekelijkse zittingen van negentig minuten waarna patiënten werd gevraagd tien weken zelfstandig te oefenen. Daarna vond de afsluitende zitting plaats. Deze zitting gold tevens als follow-up. Het programma zag er als volgt uit:

In *zitting 1* maakten de deelnemers kennis met elkaar en wisselden zij ervaringen uit over hun klachten.

In *zitting 2* werd het cognitieve model van paniek geïntroduceerd (naar Clark, 1986, 1989) en uitgebreid besproken. Als basis voor het ontstaan van panieklachten werd de nadruk gelegd op een (te) hard werkend lichaam. Een (te) hard werkend lichaam kan lichamelijke sensaties en gewaarwordingen geven. Door deze catastrofaal te interpreteren ontstaat er (meer) angst en spanning. Hierdoor gaat het lichaam (nog) harder werken en is de cirkel rond. Dit cognitieve model werd nog eens beschreven in een brochure die aan de deelnemers werd uitgereikt. In de zitting werd in tweetallen en later plenair de meest voorkomende lichamelijke spanningsklacht van iedere deelnemer gekoppeld aan een catastrofale cognitie.

In *zitting 3* werden de catastrofale cognities nader geïnventariseerd. Over een aantal klachten en angsten werd door de therapeuten – zo veel mogelijk in een socratische dialoog met de deelnemers – uitgebreid uitleg en geruststelling gegeven (bijvoorbeeld over flauwvallen, zie Van den Hout & De Jong, 1997). De bijeenkomst werd afgesloten met een ademhalingsoefening.

*Zitting 4* stond in het teken van het formuleren van alternatieve gedachten voor de catastrofale cognities en het bedenken van argumenten hiervoor. In drietallen en later gezamenlijk formuleerden de deelnemers voor elkaar meer reële gedachten. Waar nodig gaven de therapeuten aanvullende informatie over bepaalde klachten. Aan de deelnemers werd gevraagd dit thuis nog een aantal malen te doen met behulp van een zogenaamd cognitiedagboek (naar Clark, 1989).

In *zitting 5* werd plenair voor elke deelnemer een flashcard gemaakt met daarop de reële gedachte en argumenten om deze gedachte te ondersteunen. Ook werd een ontspanningsoefening gedaan (progressieve relaxatie). De deelnemers kregen een audiocassette van deze oefening uitgereikt om thuis mee te oefenen.

In *zitting 6* werd exposure in vivo geïntroduceerd (naar De Haan, Hoogduin & De Jong, 1989). De deelnemers bedachten in tweetallen twee oefeningen elk voor de komende week. In een brochure die zij meekregen werden het doel en de werking van exposure nog eens uitvoerig beschreven.

Van *zitting 7 tot 10* werden de uitgevoerde oefeningen telkens uitgebreid besproken. Ook werden elke keer nieuwe exposure-opdrachten gemaakt. De patiënten werden aangemoedigd om tijdens het oefenen op een reële manier te (blijven) kijken naar de klachten en gebruik te maken van de ademhalings- en ontspanningsoefeningen. In *zitting 8* werd begonnen met het opstellen van een angsthiërarchie. Interoceptieve exposure werd in *zitting 9* geïntroduceerd. Per deelnemer werd besproken wat een goede oefening zou zijn: opzettelijk hyperventileren, snel ronddraaien in een stoel, de

trap op en af rennen, hardlopen enzovoort. Deze oefening werd opgenomen in de angsthiërarchie. De deelnemers werden gemotiveerd de komende week hiermee kortdurend te oefenen. Tijdens de zitting deden de therapeuten een aantal oefeningen voor.

Tijdens *zitting 10* werd de komende ‘oefenfase’ van tien weken besproken. Op basis van de angsthiërarchie had iedere deelnemer een exposure-programma gemaakt voor de weken tot de follow-up. De deelnemers kregen registratieformulieren om hun exposure-opdrachten te noteren en antwoordenveloppen mee met het verzoek deze elke twee weken op te sturen. In deze zitting werd ook aandacht besteed aan terugval(preventie).

Tijdens de *follow-up* werden de ervaringen van de oefenfase besproken. Ook werd stilgestaan bij het bereikte (eind)resultaat. Indien nodig werd een individuele vervolgbehandeling aangeboden. Deze mogelijkheid werd expliciet aan de deelnemers voorgelegd.

De behandeling in Haarlem was overeenkomstig de behandeling in Delft maar duurde langer: twaalf zittingen met een oefenfase van twaalf weken. De extra zittingen werden besteed aan het bespreken en uitbreiden van de exposure-opdrachten, eventueel aangevuld met een korte ademhalings- en ontspanningsoefening.

De behandeling had grotendeels het karakter van een cursus. Er werd echter ook nadrukkelijk aandacht besteed aan groepsinteracties. Naast het uitwisselen van ervaringen hielpen de patiënten elkaar bij de cognitieve therapie door het aandragen van reëlere gedachten, en bij de exposure in vivo door anderen hiervoor te motiveren.

## Resultaten

Omdat de patiënten die deelnamen aan de behandelingen in Delft en Haarlem niet van elkaar verschilden op demografische variabelen, variabelen met betrekking tot de klachten en scores op de vragenlijsten bij de voormeting (t-test, n.s.) werd bij de beschrijving van de resultaten uitgegaan van één – samengevoegde – groep patiënten.

### *Patiënten*

Er namen 33 patiënten deel aan de groepstherapie, 23 vrouwen en 10 mannen. De groepsgrootte varieerde van 6 tot 8 patiënten. De gemiddelde leeftijd bij aanmelding voor behandeling was 36,4 jaar (range 20–69). De gemiddelde klachtenduur bedroeg 6,7 jaar (range 3mnd–25jr). Twintig patiënten (61%) hadden eerder een behandeling ondergaan voor hun paniekkklachten, waarvan negen een (cognitieve) gedragstherapie. Vijf patiënten gebruikten antidepressiva (met name als medicatie tegen paniekaanvallen), negen patiënten anxiolytica en vier patiënten beide. De co-morbiditeit was hoog. Bijna de helft van alle patiënten had een tweede DSM-IV-diagnose op as I of ernstige relatieproblemen of werkproblemen (V-code).

Drie patiënten beëindigden de behandeling voortijdig (drop-outs). Bij de berekening van de resultaten zijn deze patiënten niet meegeteld. Vier patiënten verschenen niet

op het follow-up-gesprek. Van deze patiënten hadden er twee weinig baat gehad bij de behandeling; één patiënt vertoonde bij de nameting geen vermijding meer van enige betekenis en één patiënt was op dat moment vrijwel volledig klachtenvrij. Geen van deze patiënten was meer bereikbaar voor het invullen van de vragenlijsten.

### **Behandelingsresultaat**

Voor de gemiddelden op de vragenlijsten bij voormeting, nameting en follow-up, zie tabel 1

**Tabel 1 Gemiddelde scores op voormeting, nameting en follow-up.**

vragenlijst	voormeting (vm)	nameting (nm)	follow-up (fu)	t-test vm-nm	t-test vm-fu	t-test nm-fu
HV	33,00	25,43	22,23	p<0,001	p<0,001	n.s.
BSQ	39,25	30,58	29,50	p<0,05	p<0,005	n.s.
ASQ	31,23	24,90	22,31	p<0,001	p<0,001	n.s.
MI-alleen	80,57	64,40	58,77	p<0,001	p<0,001	p<0,05
NI-samen	58,37	47,73	44,00	p<0,005	p<0,001	p<0,05
5-SA	28,06	16,24	13,57	p<0,001	p<0,001	p<0,005
SCL-90	216,40	174,10	165,35	p<0,001	p<0,001	n.s.

De behandeling leidde tot een significante daling van de gemiddelde scores op alle vragenlijsten. Tijdens de oefenfase namen de scores op de vragenlijsten verder af. Alleen op de MI en de 5-SA was deze daling significant. Er was een trend voor een verdere afname van de catastrofale cognities (ACQ, p = 0,06).

Van de 26 patiënten die deelnamen aan de follow-up hadden 8 patiënten (31%) een vervolgbehandeling nodig voor hun paniekstoornis met agorafobie. Bij 3 patiënten (12%) werd deze vervolgbehandeling binnen drie zittingen succesvol afgesloten. De overige 5 patiënten (19%) hadden een langduriger nabehandeling nodig die vaak ook met medicatie werd ondersteund. De overige 18 patiënten (69%) waren tevreden met het bereikte resultaat of nagenoeg klachtenvrij.

Het aantal patiënten dat paniekaanvallen rapporteerde daalde van 19 (bij het begin van de behandeling) naar 7 (bij de nameting) naar 6 (bij follow-up). Een verbetering van respectievelijk 63% en 68%. Het aantal paniekaanvallen nam af van 51 (in de eerste week van de behandeling) naar 30 (in de week voor de nameting) naar 11 (in de week voor de follow-up). Een daling van respectievelijk 41% en 78%. Het gemiddelde aantal paniekaanvallen per patiënt bedroeg bij aanvang van de behandeling 2,7, bij de nameting 4,3 en bij follow-up 1,9.

De behandelingen in Delft en Haarlem waren even effectief. De nameting en follow-up gaven geen significante verschillen te zien met betrekking tot de scores op de vragenlijsten, het aantal patiënten dat een vervolgbehandeling nodig had en het aantal patiënten met paniekaanvallen (t-test, n.s.; chi kwadraat, n.s.). De twee extra zittingen in Haarlem leiden niet tot een significant beter resultaat.



## Beschouwing

De hier beschreven patiëntenpopulatie komt overeen met patiënten uit andere onderzoeken wat betreft sekse, leeftijd bij aanmelding, klachtenduur en medicatiegebruik (De Ruiter et al., 1989; Telch et al., 1993; Clark et al., 1994; Korrelboom, 1995; Bouchard et al., 1996). Ook de beginscores op de HV, BSQ, ACQ en MI zijn vergelijkbaar. Een groot aantal patiënten had eerder een behandeling gehad voor hun panieklachten (61%). In het onderzoek van Korrelboom (1995) gold dit slechts voor 26% van de patiënten. Het percentage drop-outs bij een behandeling voor paniekstoornis met agorafobie varieert sterk (Barlow, 1988; Gould, Otto & Pollack, 1995). Bij een (cognitieve) gedragstherapie is het gemiddeld 15% (Clum, 1989). De vier patiënten die niet op het follow-up-gesprek verschenen niet meegerekend beëindigden drie patiënten de behandeling voortijdig (9,1%). Dit is weinig vergeleken met recente Nederlandse onderzoeken waar drop-out-percentages van 30% en 35% worden gerapporteerd (Korrelboom, 1995; De Beurs et al., 1992).

De hier beschreven groepsbehandeling was efficiënt en effectief gegeven de – in een beperkt aantal zittingen en een relatief kort tijdsbestek bereikte – significante afname van de gemiddelde scores op alle vragenlijsten, de sterke daling van het aantal patiënten met paniekaanvallen en het hoge percentage patiënten dat geen vervolgbehandeling meer nodig had.

Tijdens de behandelfase nam het aantal lichamelijke spanningsklachten, de angst voor deze klachten en het aantal catastrofale gedachten hierover significant af. Dit gold ook voor het vermijdingsgedrag. Het algemeen welbevinden steeg significant.

De oefenfase was een nuttige aanvulling op de behandelfase. Tijdens de oefenfase nam – zonder therapeutische inspanning – de vermijding verder af, gegeven de verdere significante daling op de MI en de 5-SA. Dit is opvallend. Meestal vindt na een behandeling geen verdere verbetering meer plaats (Munby & Johnston, 1980; Lelliot et al., 1987). Twee van de vier patiënten die niet verschenen op de follow-up hadden bij de nameting geen vermijdingsgedrag meer van enige betekenis. De oefenfase was voor hen om die reden weinig zinvol. Mogelijk dat dit heeft bijgedragen aan het wegblijven bij de follow-up.

Tijdens de behandelfase daalde het aantal patiënten dat last had van paniekaanvallen met 63%. Enkele patiënten bij wie paniekaanvallen bleven voorkomen kregen in deze periode wel meer paniekaanvallen. Dit is wellicht toe te schrijven aan de extra spanning die een exposure-programma vooral in het begin met zich meebrengt. Tijdens de oefenfase nam het aantal paniekaanvallen verder af. In vergelijking met het begin van de behandeling daalde het aantal patiënten dat paniekaanvallen rapporteerde uiteindelijk met 68%. Dit is een goed resultaat. Williams en Falbo (1996) behaalden bij patiënten met een paniekstoornis met agorafobie een succespercentage van 55%.

Bij aanvang van de behandeling hadden slechts 19 van de 30 patiënten last van het optreden van paniekaanvallen. Bij de overige patiënten was de vermijding veelal zo uitgebreid dat paniekaanvallen niet langer of nog slechts sporadisch voorkwamen. Het exposure-programma leidde dan ook bij twee patiënten tot een (tijdelijke) toename van paniekaanvallen. Registratie van paniekaanvallen als maat voor verbetering bij patiënten met een ernstige agorafobie heeft hierdoor haar beperkingen.

De meeste patiënten verbeterden zodanig dat 69% geen vervolgbehandeling meer nodig had – drop-outs en patiënten die niet verschenen op het follow-up gesprek niet meegerekend. Dit is een uitstekend resultaat, in aanmerking genomen dat drie van de acht patiënten slechts een zeer korte nazorg behoeften alvorens zij de behandeling succesvol konden afsluiten, en dat van de vier patiënten die niet verschenen op de follow-up er twee bij de nameting al (sterk) verbeterd waren. Daarbij betrof het een behandeling uit de dagelijkse klinische praktijk. De patiënten werden vooraf niet streng geselecteerd zoals dat bij vele onderzoeken het geval is.

Voor de therapeuten leverde de groepsbehandeling een tijdsbesparing op van 33%. Er namen 30 patiënten deel aan de groepsbehandeling, de 3 drop-outs niet meegerekend. De gezamenlijke tijdsinvestering van de therapeuten bedroeg 165 uur (2 therapeuten × 11 zittingen × 90 minuten). Individuele behandeling van deze patiënten zou 247,5 uur hebben gekost (30 patiënten × 11 zittingen × 45 minuten).

In de laatste zitting werd aan de patiënten gevraagd welk onderdeel van de behandeling zij als (meest) zinvol hadden ervaren. Vrijwel iedereen gaf aan (in meer of mindere mate) baat te hebben gehad bij de cognitieve interventies en exposure-oefeningen. De geleidelijke opbouw van de exposure werd als erg prettig ervaren. Sommige patiënten schreven hun verbetering toe aan de cognitieve therapie, anderen gaven aan daar weinig baat bij te hebben gehad. Zij haalden hun winst uit het exposure-programma. Een aantal patiënten gebruikte met (enig) succes de ontspanningsoefeningen, een kleiner aantal paste de ademhalingsoefeningen toe in perioden van spanning. Over het effect van interoceptieve exposure was men onduidelijk.

Interoceptieve exposure zat laat in het programma. Dit had de volgende reden: interoceptieve exposure wordt door patiënten vaak als (erg) bedreigend ervaren. Patiënten zijn erg bang voor lichamelijke sensaties en gewaarwordingen – zij raken er soms zelfs van in paniek – en dienen deze sensaties vervolgens zelf herhaalde malen op te roepen. Dit kan aanleiding zijn de behandeling voortijdig te staken. In het onderzoek van De Beurs et al. (1992) brak maar liefst 18% van de patiënten de behandeling af uit angst voor hyperventilatieprovocaties. Om dit te voorkomen werd interoceptieve exposure pas geïntroduceerd in een fase van de behandeling waarin de patiënten elkaar en de therapeuten kenden en zich vertrouwd en gesteund voelden. Ook werd de interoceptieve exposure – net als de exposure in vivo – stapsgewijs steeds wat moeilijker gemaakt. Het is mogelijk dat dit een te voorzichtige werkwijze is geweest. Een aantal patiënten ging er op een zodanige manier – voorzichtig maar ook enthousiast – mee aan de slag dat een eerdere introductie misschien zinvoller was geweest.

De behandeling in een groep werd door de meeste patiënten positief beoordeeld. Weinig patiënten reageerden enthousiast toen hun een groepsbehandeling werd aangeboden, maar deze terughoudendheid verdween al snel gedurende de behandeling – vaak al in de eerste zitting. De herkenning van elkaars klachten en de erkenning die men bij elkaar vond werden heel waardevol gevonden. Ook tijdens de zittingen kwam vaak naar voren hoe gesteund men zich voelde door (de ervaringen van) de andere patiënten. Niemand gaf expliciet aan een individuele behandeling te prefereren. Wel kregen enkele patiënten na afloop van de groep een individuele vervolgbehandeling voor andere problematiek dan de paniek. Hier was te weinig ruimte voor in de groepsessies. Hoewel dit door geen van de patiënten als erg hinderlijk werd ervaren is dit toch één van de nadelen van een kortdurende en gestructureerde groepsbehandeling. Een groepstherapie

kan vanuit het oogpunt van de patiënt meer nadelen hebben. Patiënten ervaren over het algemeen minder controle in een groep dan in individuele therapie, er is minder privacy en vaak een verminderd gevoel van veiligheid – kritiek en afkeuring kan van vele kanten komen (Piper & Joyce, 1996). In hoeverre dit in onze groepen een rol speelde is onduidelijk. Het werd niet door de patiënten naar voren gebracht. Het is mogelijk dat de sterke structuur van de behandeling deze nadelen deed afnemen.

Positieve ervaringen met de behandeling van enkele deelnemers scheppen meestal hoop en verwachtingen bij de andere deelnemers. Als het niet lukt hieraan te voldoen kan wanhoop ontstaan. Doordat het merendeel van de patiënten baat had bij de groepsbehandeling werden de patiënten die weinig of niet verbeterden nadrukkelijk met dit beperkte resultaat geconfronteerd. Bij ten minste één patiënt leidde dit tot een sterk gevoel van falen en tot een toename van depressieve gevoelens.

Door groepsdruk kan de motivatie voor het aangaan van de confrontatie met moeilijke situaties toenemen. De indruk was dat patiënten in de groepsbehandeling grotere stappen namen dan in een individuele behandeling. Een gevaar hierbij is dat patiënten te grote stappen nemen. Tijdens de uitvoering van het exposure-programma maanden de therapeuten de patiënten dan ook vaak tot enige voorzichtigheid. Of deze zorg terecht was is niet duidelijk. Patiënten deden toch veelal meer dan was afgesproken.

De resultaten van de in dit artikel beschreven groepstherapie voor een paniekstoornis met agorafobie zijn bemoedigend. De ervaringen van de patiënten waren overwegend zeer positief. Het is echter een ongecontroleerde studie, met alle daarbij behorende beperkingen. Gecontroleerd onderzoek zal uiteindelijk moeten uitmaken of een groepsbehandeling voor een paniekstoornis met agorafobie effectiever en efficiënter is dan een individuele behandeling.

---

### **Abstract**

*In this article a cognitive-behavioural group treatment for panic disorder with agoraphobia is described. The treatment consisted of a extensive education and corrective information, b cognitive restructuring of catastrophic cognitions, c breathing retraining and relaxation exercises, d interoceptive exposure and e self-controlled exposure in vivo. It was follow-ed by a practicing period in which no group sessions took place and patients independently continued their exposure-program. The treatment was successful. The number of bodily sensations, fear of these sensations and panic-related cognitions significantly decreased as did agoraphobic avoidance. There was a significant reduction in number of patients with panic attacks. During the practicing period agoraphobic avoidance significantly further decreased. Most patients were very satisfied with the group treatment.*

### **Referenties**

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III* (derde editie). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III*, revised. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV* (vierde editie). Washington DC: American Psychiatric Association.

- Arntz, A., & Hout, M. van den (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113–121.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90 Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Craske, M., Cerny, J., & Klosko, J. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261–282.
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D.A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778–784.
- Beurs, E. de, Lange, A., Koele, P., Beek, J., & Dyck, R. Van (1992). Hyperventilatieprovocatie en ademhalingsoefeningen voorafgaande aan exposure in vivo bij de behandeling van patiënten met paniekstoornis met agorafobie. *Directieve Therapie*, 12, 242–261.
- Bonn, J.A., Readhead, C.P.A., & Timmons, B.A. (1984). Enhanced adaptive behavioural response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. *The Lancet*, 2, 665–669.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M.H., & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213–224.
- Burns, L.E., Thorpe, G.L., & Cavallaro, L.A. (1986). Agoraphobia 8 years after behavioral treatment: a follow-up study with interview, self report and behavioral data. *Behavior Therapy*, 17, 580–591.
- Chambless, D.L., & Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248–260.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090–1098.
- 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. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In: K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Craske, M.G., Maidenberg, E., & Bystrinsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26, 113–120.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions and drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429–457.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G., & Kuipers, A.C.M. (1979). Agoraphobia: a follow-up study four years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 134, 352–355.
- Garssen, B., Colla, P., Dixhoorn, J. van, Doorn, P. van, Folgering, H.T.M., Stoop, A.P., & Swart, J.C.G. de (1984). Het herkennen van het hyperventilatiesyndroom. *Medisch Contact*, 35, 1122–1125.
- Gelder, M.G., & Marks, I.M. (1966). Severe agoraphobia: A controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 53–73.
- Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 8, 819–844.
- Haan, E. de, Hoogduin, K., & Jong, P. de (1989). Geleidelijke exposure bij fobische klachten. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hafner, J., & Marks, I. (1976). Exposure in vivo of agoraphobics: contribution of diazepam, group experience and anxiety evocation. *Psychological Medicine*, 6, 71–88.
- Hand, I., Lamontagne, Y., & Marks, I.M. (1974). Group exposure (flood-ing) in vivo for agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, 124, 588–602.
- Hibbert, G.A., & Chan, M. (1989). Respiratory control: its contribution to the treatment of panic attacks. *British Journal of Psychiatry*, 154, 232–236.

- Hout, M. van den, & Jong, P. de (1997). Paniek, bloed en bewustzijnsverlies: een vrij lange reactie op een terloopse opmerking van Hoogduin (1996). *Directieve Therapie*, 17, 62–67.
- Hout, M. van den, Arntz, A., & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447–451.
- Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R.B., & Cerny, J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 77–84.
- Korrelboom, C.W. (1995). *Paniekmanagement en exposure in vivo bij paniekstoornis met agorafobie*. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Lelliot, P.T., Marks, I.M., Monteiro, W.O., Tsakiris, F., & Noshirvani, H. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure. Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175, 599–605.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M., & Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1–9.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Munby, J., & Johnston, D.W. (1980). Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment. *British Journal of Psychiatry*, 137, 418–427.
- Piper, W.E., & Joyce, A.S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 311–328.
- Pollack, M.H., Otto, M.W., Kaspi, S.P., Hammerness, P.G., & Rosenbaum, J.F. (1994). Cognitive behavior therapy for treatmentrefractory panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 200–205.
- Poulton, R.G., & Andrews, G. (1996). Change in danger cognitions in agoraphobia and social phobia during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 413–421.
- 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.
- Salkovskis, P.M., & Clark, D.M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215–226.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161–166.
- Teasdale, J.D., Walsh, P.A., Lancashire, M., & Mathews, A.M. (1977). Group exposure for agoraphobics: a replication study. *British Journal of Psychiatry*, 130, 186–193.
- Telch, M.J., Lucas, J.A., Schmidt, N.B., Hanna, H.H., Jaimez, T.L., & Lucas, R.A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279–287.
- Tillitski, L. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. *International Journal of Group Therapy*, 40, 215–224.
- Toseland, R., & Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 172–201.
- Watson, J.P., & Marks, I.M. (1971). Relevant and irrelevant fear of flood-ing – a crossover study of phobic patients. *Behavior Therapy*, 2, 275–293.
- Williams, S.L., & Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253–264.
- Zittrin, C.M., Klein, D.F., & Woerner, M.G. (1980). Treatment of agoraphobia with group exposure in vivo and imipramine. *Archives of General Psychiatry*, 37, 63–72.