



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

Paniekmanagement revisited: ervaringen met een nieuwe groepsbehandeling

Sjef Peeters, Kees Korrelboom, Martin Voermans en Irma Huijbrechts*

Samenvatting

De behandeling van patiënten met een paniekstoornis bestaat volgens aanvaarde standaarden uit exposure in vivo, gecombineerd met paniekmanagement. Exposure is gericht op gevreesde externe stimuli, paniekmanagement gaat over het hanteren van interne stimuli.

Gebruikmakend van principes van betekenisverandering (contraconditionering in engere zin) en coping (zelfcontrole) hebben de auteurs een groepsbehandeling ontwikkeld voor patiënten met een paniekstoornis. In dit artikel gaan we in op de achtergronden en de opzet van deze groepsbehandeling. Centraal staat daarin de opvatting van Lang (1985), die in zijn Bio Informatie Theorie spreekt over kennisbestanden die bestaan uit stimulus-, respons-, en betekenisrepresentaties.

We presenteren een open studie waarvan de resultaten veelbelovend zijn.

Inleiding

Voor de paniekstoornis, al of niet met agorafobie, zijn effectieve behandelingen ontwikkeld (De Beurs & Van Widenfelt, 2004; Korrelboom, 1995; Van Balkom, Van Oppen, & Van Dyck, 2000). Diverse onderzoekers claimen succespercentages van 60 à 70% of soms nog hoger, maar dat betekent nog altijd dat een niet onaanzienlijke groep onvoldoende opknaapt. Het kan, met andere woorden, beter. De vraag is: hoe?

Een ander aspect dat tegenwoordig veel aandacht krijgt in het veld van de geestelijke gezondheidszorg is dat van de kosteneffectiviteit: hoe verhoudt zich de effectiviteit van een behandeling tot de kosten voor die behandeling? De belangstelling voor groepsbehandeling in plaats van individuele behandeling is in dit kader relevant. Menig zorgprogramma heeft in de afgelopen jaren een verandering in de richting van meer groepsbehandeling ondergaan. Weliswaar zijn nog onvoldoende gegevens bekend om met stelligheid te kunnen zeggen dat een groepsbehandeling even effectief is als een individuele behandeling, maar er zijn wel aanwijzingen in die richting (Emmelkamp, Bouman, & Scholing, 1995). Tijdsbesparing en de modelfunctie van groepsleden zijn zelfs argumenten in het voordeel van groepsbehandeling. Op basis van bovenstaande overwegingen hebben de auteurs een groepsmodule Paniekmanagement ontwikkeld.

* DRS. J.D. PEETERS, psycholoog-psychotherapeut, is werkzaam bij PsyQ Angststoornissen, Den Haag. Correspondentieadres: Stadhoudersplantsoen 2, 2517 JL Den Haag. E-mail: j.peeters@psyq.nl
DR. C.W. KORRELBOOM, psycholoog-psychotherapeut, werkt bij PsyQ als hoofd wetenschappelijk onderzoek.
M.J. VOERMANS, gedragstherapeutisch medewerker, is werkzaam bij PsyQ Angststoornissen, Den Haag.
DR. I.P.A.M. HUIJBRECHTS, psycholoog, is werkzaam bij Parnassia in het Research Centrum.

Modulaire programma's

Veel behandelprogramma's binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn tegenwoordig modulaair van opzet. Dit houdt in dat een behandeling voor een bepaalde klacht wordt 'opgeknipt' in diverse werkzame elementen. Van die elementen maakt men aparte trainingen, die protocollair van opzet zijn. Die protocollaire opzet maakt het mogelijk zo'n behandeling te laten uitvoeren door goedkopere, niet volledig psychotherapeutisch geschoolde behandelaren. De behandelaren kunnen de training, al naar gelang hun inschatting en de behoefte van de patiënt, in verschillende volgordes aanbieden. Een behandeling bestaat zo dus uit diverse modules, die middels een behandelplan met elkaar samenhangen.

Het zorgprogramma van PsyQ Angststoornissen (onderdeel van de Parnassia Groep) bestaat voor een groot deel uit groepsmodules. Therapeutische factoren als herkenning en erkenning in een groep (Colijn & Snijders, 1993), een grotere 'doorstromingsnelheid van patiënten' en overwegingen van kosteneffectiviteit vormen belangrijke pluspunten bovenop het inhoudelijke programma van de module. Het modulaire programma wordt ondersteund door individuele contacten met de zogenaamde 'hoofdbehandelaar' die verantwoordelijk is voor het opstellen, evalueren en afsluiten van het behandelplan.

Paniekstoornis (met agorafobie)

Volgens de huidige inzichten (Van Balkom et al., 2000; Kampman, Keijsers, & Hendriks, 2004), die ook zijn vastgelegd in de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Van der Velde, 2003), zijn cognitieve gedragstherapie en medicatie effectief bij het behandelen van paniekstoornis. De cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor paniekstoornis zonder agorafobie bestaat uit '(psychologisch) paniekmanagement'.

Verschillende varianten van psychologisch paniekmanagement zijn effectief gebleken. Dit zijn de Panic Control Treatment (Barlow & Cerny, 1988), Applied Relaxation (Öst, 1987) en de Cognitive Therapy Package (Salkovskis & Clark, 1991). De Richtlijn beveelt methoden aan die voldoen aan een adequate combinatie van interoceptieve exposure, coping en herinterpretatie. Er bestaan volgens de Richtlijn geen overwegende bezwaren tegen toepassing in groepsverband. De theoretische basis voor paniekmanagement vindt men in de conditioneringsleer en in de cognitieve theorie. Gaat het in de conditioneringsleer vooral om exposure aan lichamelijke sensaties, in de cognitieve visie staat het beïnvloeden van de catastrofale interpretaties van die sensaties centraal. Alle effectief gebleken soorten paniekmanagement hebben drie gemeenschappelijke kenmerken (Korrelboom, 1995):

- 1 Behandelaren geven een realistische en geruststellende verklaring voor paniek. Men hoeft niet bang te zijn voor paniek. Paniek is slechts een vals alarm en men kan leren om dit valse alarm 'af te zetten'.
- 2 Patiënten leren om panieksensaties beter te hanteren. Met behulp van ontspanning, rustige ademhaling, krachtige gedachten en een vertrouwenwekkende lichaamshouding couperen ze panieksensaties in een vroeg stadium (zie ook: Korrelboom & Appelo, 2002; Korrelboom & Ten Broeke, 2004).
- 3 Patiënten worden doelbewust geleidelijk geconfronteerd met de panieksensaties. Op die manier treedt enerzijds op een verantwoorde wijze gewenning aan deze

sensaties op, anderzijds kan men zo oefenen om de doelbewust opgewekte sensaties te couperen met behulp van de eerder geleerde technieken.

De bekendste wijze van blootstelling aan lichamelijke sensaties is de zogenaamde hyperventilatieprovocatie-procedure; de bekendste wijze van controle krijgen is ontspannings- en ademhalingstraining. In alle soorten paniekmanagement doet men tijdens de therapiezittingen stapsgewijs oefeningen, die men thuis verder oefent. In feite gaat het dus om een training, die meestal individueel wordt gegeven. Over de effectiviteit van paniekmanagement in groepsverband is nog weinig bekend.

Contraconditionering en zelfcontrole

De op effectiviteit onderzochte methoden Applied Relaxation, Cognitive Therapy Package en Panic Control Treatment zijn klinische modellen. Men mag verwachten dat kennis over fundamentele psychologische principes en processen dergelijke klinische methodes verder kan verbeteren. Om die reden is men dan ook steeds vaker inspiratie in de wetenschappelijke psychologie gaan zoeken (Craske, 1999; Foa & Kozak, 1997; Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

Vanuit die achtergrond beschrijven Korrelboom en Ten Broeke een op de principes van contraconditionering gebaseerd behandelmodel voor paniekstoornis. De basis van deze opvatting is het principe dat bepaalde lichamelijke sensaties, externe situaties en gedachten voorwaardelijke prikkels zijn geworden voor een alarmreactie. Die alarmreactie bestaat uit emotionele kennis die georganiseerd is in een specifiek cognitief netwerk (Lang, 1985).

Lang gaat ervan uit dat informatie over belangrijke gebeurtenissen in het geheugen gecodeerd is in drie representatiesystemen. Deze drie systemen zijn stimulus-, respons- en betekenisrepresentaties. Tussen de representaties bestaan associatieve verbanden. De systemen en hun associaties vormen op hun beurt weer een onderling samenhangend netwerk (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Zo'n netwerk wordt in zijn geheel geactiveerd als voldoende elementen zijn geprikkeld. Dus als een patiënt met een paniekstoornis met agorafobie in een supermarkt komt en de drukte in de winkel ervaart (stimulusrepresentatie), zijn hart hevig voelt kloppen en slaphed in de benen voelt (responsrepresentatie) en de gedachte 'straks val ik dood neer' krijgt (betekenisrepresentatie), wordt het gehele angstnetwerk geactiveerd en volgt een alarmreactie, die zich onder andere zal uiten in de neiging om weg te vluchten.

Volgens Langs theorie kunnen netwerken met emotioneel incompatibele betekenissen elkaar tegenwerken. Daarom wordt tijdens contraconditionering een nieuw, sterk emotioneel netwerk opgebouwd, dat strijdig is met angst. Dit incompatibele netwerk wordt vervolgens, gekoppeld aan de voorwaardelijke prikkel, in contact gebracht met het disfunctionele (angst)netwerk. Er ontstaat zo een verandering van het oorspronkelijke, disfunctionele emotionele netwerk. De kans dat de voorwaardelijke prikkel uitsluitend het disfunctionele netwerk kan activeren, wordt hiermee verkleind. Deze werkwijze noemt men contraconditionering.

Wanneer bovenstaand proces automatisch verloopt, noemen we dat contraconditionering in engere zin. Wanneer de patiënt dit actief moet aanpakken,

wordt voor de duidelijkheid ook vaak van 'coping' gesproken. Het doel van de behandeling is tweeledig: het opbouwen van een alternatief cognitief netwerk én het leren schakelen van negatief naar positief als nieuw verworven coping-strategie. Deze vaardigheid geeft aan de patiënt rust en vertrouwen, en leidt tot meer self-efficacy.

Module paniekmanagement

Op basis van de principes betekenisverandering (contraconditionering in engere zin) en coping (zelfcontrole) kwamen we op het Centrum Angststoornissen tot de volgende aanpak voor de module paniekmanagement.

Het is een aparte module. We hebben gekozen voor een groepsaanpak om het lotgenotengevoel en trouw aan de behandeling te versterken, en om de kostenefficiëntie te vergroten. Tijdens de eerste zitting geven we voorlichting over de aanpak en krijgen de deelnemers een uitvoerig werkboek met informatie. Het programma kent een geleidelijke opbouw. We beginnen met (imaginaire) contraconditionering. We koppelen panieksituaties aan een controlethema dat bestaat uit een sterk beeld met bijbehorend sterk (= niet-angstig) gevoel. In de tweede fase volgt exposure aan de panieksituatie plus (sterker wordende) panieksensaties. In de eindfase stellen patiënten zich, geholpen door paniekmanagement, bloot aan agorafobische situaties.

De groepen bestaan uit maximaal acht deelnemers. Er zijn twee therapeuten. De trainingsbijeenkomsten vinden één keer per week plaats en duren 75 minuten. De training bestaat uit acht bijeenkomsten. Soms wordt de groep gedurende een deel van de zitting opgesplitst in twee of meer kleinere groepen. Op die manier kunnen patiënten intensiever onderling oefenen, terwijl de therapeuten tussen de groepen rondlopen om te helpen.

De training heeft tot doel om patiënten weer controle te geven over hun panieksensaties door deze in een vroeg stadium te blokkeren. Wie controle heeft over die sensaties, zal er niet meer zo snel van in paniek raken. De training volgt een stappenplan. De trainers leggen elke stap uit en vervolgens oefenen de patiënten deze in de groep. Daarna moeten zij de stappen thuis oefenen. Behalve uit oefeningen bestaat het huiswerk uit registreren. Door goed te registreren wanneer paniekaanvallen en 'bijna-aanvallen' plaatsvinden, krijgen patiënten beter zicht op veranderingen en op de omstandigheden waaronder hun aanvallen plaatsvinden. Ook kan middels de registraties duidelijk worden wat helpt en wat niet.

In het stappenplan wordt eerst het disfunctionele thema (controleverlies) benoemd, dan het incompatibele functionele thema (controle) en ten slotte worden beide thema's aan elkaar gekoppeld. De opbouw ziet er als volgt uit:

Stap 1: beschrijving van de ergste paniekaanval.

De beschrijving van de ergste paniekaanval bestaat uit drie elementen: deelnemers beschrijven de situatie, hun gedragsneigingen en andere motorische reacties, en hun gedachten.

Stap 2: benoemen, invullen en activeren van het controlethema.

Het controlethema wordt opgebouwd aan de hand van concrete ervaringen van de patiënten rond het thema 'controle'. Ook die concrete ervaringen worden vormgegeven aan de hand van de situatie, gedragsneigingen en andere motorische reacties en gedachten met betrekking tot die situatie.

Stap 3: ontspanning als controletechniek.

Het aanleren van ontspanning is een stap in het opbouwen van het tegen-thema op het niveau van de responsrepresentatie, die bij alle patiënten op dezelfde wijze wordt aangeleerd. De andere elementen in het controlethema zijn individu-specifiek.

Deelnemers oefenen met een combinatie van aanspanning en weer ontspanning van spieren, samen met een ontspannen manier van ademhaling.

Stap 4: stapsgewijs schakelen van paniekthema naar controlethema.

Leren schakelen van paniekthema naar controlethema is dé manier om de paniek te laten zakken en daarmee een paniekaanval te voorkomen. Dat gaat in drie fasen met een oplopende moeilijkheidsgraad: eerst wordt alleen de panieksituatie imaginair opgeroepen; dan de panieksituatie plus paniekgedachten; tot slot de panieksituatie, paniekgedachten en ook nog de (fysieke) panieksensaties.

Stap 5: toepassen van paniekmanagement in combinatie met het uitbreiden van de leefruimte.

Het opzoeken van die situaties waarin men gemakkelijk in paniek kan raken is dé manier om in de praktijk uit te testen of men paniekmanagement kan toepassen. Het opzoeken van panieksituaties kan het beste geleidelijk en in kleine stappen plaatsvinden. Dit is dus in feite exposure in vivo in combinatie met paniekmanagement.

Stap 6: voortgang na afloop van de module.

In deze stap wordt benadrukt dat de patiënten de in de module aangeleerde vaardigheden moeten blijven toepassen, ook in de vervolgfases van hun behandeling, bijvoorbeeld in de exposuregroep.

Praktijkvoorbeeld

De heer Daamen, een man van 43 jaar, wordt via de crisisdienst aangemeld bij Centrum Angststoornissen van Parnassia wegens ernstige panieklachten. Bij aanmelding bestaan de klachten enkele jaren. Rond de aanmelding zijn de klachten zo verergerd, dat hij zich heeft moeten ziek melden op zijn werk. Meneer Daamen heeft last van hevige hartkloppingen, duizelingen en een raar gevoel in het hoofd. Hij vermijdt veel situaties. Daamen krijgt de diagnose 'paniekstoornis met agorafobie' (DSM-IV-TR, APA, 2000). Hij komt in aanmerking voor een intensief behandelprogramma, dat onder meer bestaat uit de exposuregroep en paniekmanagement uit het modulaire programma.

In de eerste zitting geeft meneer Daamen aan wat zijn ergste panieksituatie is. De situatie die hij het meest vreest, is dat hij in een menigte onwel wordt en dood neervalt. De gewaarwordingen die hij daarbij voelt zijn slapte in de benen, het trillen van armen en benen, duizelingen, opkomende hoofdpijn en pijn in de maagstreek. Daamen denkt: 'Ik wil niet dood; ik wil de achterblijvers geen verdriet doen.'

Als controlethema kiest hij het volgende: hij ziet zichzelf als scheidsrechter op het voetbalveld. Hij neemt daarbij een zelfverzekerde houding aan met rechte schouders en een uitgestrekte arm; met de andere arm brengt hij de (denkbeeldige) scheidsrechtersfluit naar de mond.

Daamen denkt daarbij: 'Hier ben ik de baas.' Na het oproepen van het controletema volgt de ontspanningstechniek als extra aanvulling op de respons. Dit controletema oefent meneer Daamen in, net zolang tot hij in staat is met enig gemak het zelfverzekerde gevoel op te roepen. Daarna wordt het controletema gekoppeld aan het angstthema.

Het schakelen van het angstthema naar het controletema kost aanvankelijk niet veel moeite, maar na het kiezen van de meest 'echt' lijkende paniekprovocatie-oefening (angstbeeld, angstgedachte en fysieke angstsensaties, opgewekt door staande in de rondte draaien) wordt meneer Daamen aanvankelijk angstiger bij het oefenen. Na enige tijd is hij dankzij het schakelen echter in staat de opgewekte sensaties te laten zakken en weer controle te ervaren. Daarna gaat hij oefenen aan de hand van een hiërarchielijst met exposure in vivo, gecombineerd met paniekmanagement. Meneer Daamen oefent in openbare gelegenheden als supermarkten, kledingzaken en uiteindelijk in de auto, met als moeilijkste situatie de grote weg.

In de evaluatie geeft hij aan te kunnen schakelen en deze techniek ook in de 'echte' panieksituaties toe te passen. Paniek is niet helemaal weg, maar wel beter hanteerbaar. Meneer Daamen heeft het idee nu een 'noodkoffertje' bij de hand te hebben. Dat geeft rust. Hij zal de aangeleerde vaardigheden verder toepassen in de rest van zijn behandeling.

De open studie

Om een indruk te krijgen van de werkzaamheid van de interventie hebben we een open studie opgezet met het karakter van een programma-evaluatie. Deze had als doelen:

- de methode te verfijnen;
- het werkboek voor patiënten te verbeteren;
- de handleiding voor therapeuten te optimaliseren;
- te zien of de groepsbehandeling effectief is in het verminderen van panieklachten.

Het behandelprotocol is inmiddels toegepast bij acht groepen.

Instrumenten en procedure

Er werden twee maten van paniek afgenomen. Met Nederlandse vertalingen van de Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ) en de Body Sensations Questionnaire (BSQ, Bouman, 1998; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) werden respectievelijk angstige gedachten rondom lichamelijke sensaties en het daadwerkelijk ervaren van lichamelijke sensaties in kaart gebracht. Patiënten vulden direct voor de start van de interventie en meteen erna de vragenlijsten in.

Ook vond in de laatste zitting een evaluatie plaats met open vragen, waarbij de patiënten de methode zelf beoordeelden.

Resultaten

Aan het onderzoek deden 41 patiënten mee. Van hen maakten 29 de module af; dat wil zeggen dat zij minimaal zeven van de acht bijeenkomsten aanwezig waren. Er was 30 procent drop-out. Van 25 patiënten was zowel een voor- als een nameting

beschikbaar. Dat betreft dus zo'n zestig procent van degenen die met de module zijn gestart.

De gemiddelde scores en standaarddeviaties van het onderzoek staan vermeld in Tabel 1.

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties op meetmoment 1 (voor) en meetmoment 2 (na); N = 25.

Instrument	Voormeting M (SD)	Nameting M (SD)
ACQ	2.7 (.80)	2.0 (.75)
BSQ	2.6 (.85)	2.1 (.66)

Behandeleffecten werden getoetst met een MANOVA voor herhaalde metingen. Daaruit bleek dat patiënten die de module afmaakten, gemiddeld genomen, significant verbeterden op de paniekmaten: $F(2,23) = 17,54; p < .001$. Dat de effecten die gedurende de module optraden behoorlijk sterk waren, mag worden afgeleid uit de zogenoemde gekwadrateerde partiële η^2 . Deze bedroeg .60.

Overige resultaten

We hebben een bruikbaar werkboek gemaakt voor patiënten met informatie over paniek, een korte samenvatting van elke zitting, huiswerkopdrachten en scoreformulieren voor het registreren van de paniekaanvallen en het bijhouden van het huiswerk. We hebben ook een duidelijke handleiding geschreven voor de trainers, waarin per zitting beschreven staat wat zij dienen te doen.

Discussie

De patiënten die de behandeling afmaakten, hadden minder klachten dan bij aanvang en waren tevreden over het bereikte resultaat. Dat is positief. Van lang niet alle patiënten hebben we echter gegevens kunnen verzamelen, zodat voornamelijk onbekend is hoe de drop-outs zouden hebben gescoord op de vragenlijsten. Het betreft hier een open studie met een naturalistisch karakter, waarbij met name de diagnoses van de instromende patiënten niet betrouwbaar zijn vastgesteld. Door het ontbreken van een controlegroep kunnen bovendien geen harde uitspraken worden gedaan over de mate waarin de specifieke onderdelen van de behandeling verantwoordelijk zijn geweest voor de geobserveerde effecten.

Bij de vermelde resultaten moet ook nog worden aangetekend dat de patiënten in de bewuste periode veelal andere trainingen volgden, zoals de exposuregroep, ontspanningstraining of algemene cognitieve training. Het is dus niet zeker in hoeverre de gevonden verbeteringen kunnen worden toegeschreven aan de module paniekmanagement.

Het drop-outpercentage is hoog: zo'n dertig procent over het totaal. Dat is te hoog. Er zijn wel mogelijke oorzaken voor drop-out aan te wijzen, zoals een onzorgvuldige verwijzing en inclusie (sommige patiënten bleken geen panieklachten te hebben) en

een onvoldoende voorlichting over de training vooraf (veel patiënten dachten dat het om een 'praatgroep' ging). Dit zijn oorzaken die buiten de interventie vielen. Ze hebben ertoe geleid dat de in- en exclusiecriteria inmiddels scherper zijn geformuleerd.

De methode zelf moest zich ook ontwikkelen. Zo viel op dat er nogal wat mensen afhaakten na de derde of vierde keer. Dat zijn net de bijeenkomsten waar de interoceptieve exposure start. Betere voorlichting aan de verwijzers en aan de patiënten aan het begin van de training biedt op dit vlak wellicht soelaas. De groepen die na het schrijven van dit artikel in kaart gebracht zijn, bieden in dit opzicht in elk geval een gunstiger beeld. In een volgende publicatie zullen wij hier graag verslag van doen. Drop-out uit de module wil overigens lang niet altijd zeggen dat de patiënt de behandeling als geheel beëindigt. In veel gevallen blijft de patiënt de contacten met zijn hoofdbehandelaar voortzetten en dikwijls blijft hij ook deelnemen aan andere modules die in zijn behandelplan zijn opgenomen. Wellicht stimuleren modulaire programma's de patiënt tot 'zap-gedrag'. Daarmee is dan meteen een van de nadelen van dergelijke programma's genoemd.

De diagnostiek bij aanvang is een ander punt van discussie, omdat de diagnoses van de instromende patiënten niet betrouwbaar zijn vastgesteld. Iedereen die door zijn of haar hoofdbehandelaar was verwezen, werd in de module toegelaten. Een aantal patiënten had daardoor geen diagnose paniekstoornis. Bij anderen was het onduidelijk of die diagnose was gesteld en zo ja, door wie en op grond waarvan.

Een interessant punt voor nader onderzoek is voorts dat van de kosteneffectiviteit. Op basis van onze ervaringen lijkt het er op dat twee trainers in 8 x 75 minuten acht patiënten redelijk succesvol kunnen behandelen, terwijl voor acht individuele patiënten meer 'behandelarentijd' nodig zou zijn. Een vergelijkend onderzoek waarin – naast de behandeling zelf – zaken als tussentijdse overlegmomenten worden meegenomen, kan hier antwoord op geven. Tussentijds overleg bij geprotocolleerde groepsmodules is op Centrum Angststoornissen overigens beperkt.

Ook met alle vragen die er nog zijn, zijn wij van mening dat het vanwege de resultaten en de theoretische verbinding van cognitieve gedragstherapie met bevindingen uit de cognitieve psychologie, waarop wij de hier beschreven vorm van paniekmanagement hebben gebaseerd, zinvol is om door te gaan.

In de vervolgfase gaan we een gecontroleerde studie opzetten, die niet al te veel geweld doet aan het bestaande zorgprogramma. In een volgende publicatie zullen wij hier verslag van uitbrengen.

Abstract

According to commonly accepted standards, the treatment of patients with panic disorder consists of exposure in vivo combined with panic management. Exposure in vivo mostly focuses on feared external situations, panic management focuses on the feared internal stimuli, as many panic patients mostly fear the bodily sensations themselves. Using the principles of counter conditioning and coping, the authors have developed a group therapy for patients with panic disorder. In this article we present the backgrounds and the setup of this treatment.

A major role is reserved for the theory of P. Lang (1985). We present an open study with promising results.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e herz. druk, DSM-IV-TR). Washington, DC: A.P.A.
- Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, P. van, & Dyck, R. van (red.) (2000). *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: The Guilford Press.
- Beurs, E. de, & Widenfelt, B. van (2004). *Paniekstoornis en agorafobie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouman, T.K. (1998). De Body Sensations Questionnaire. *Gedragstherapie*, 31, 301-304.
- 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 & Clinical Psychology*, 52, 1090-1098.
- Colijn, S., & Snijders, J.A. (1993). Therapeutische factoren. In: T.J.C. Berk, M.P. Bolten, M. el Boushy, E. Gans, T.A.E. Hoijsink, & M.F. van Noort (red.). *Handboek Groepstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety Disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Oxford/Colorado: Westview Press.
- Emmelkamp, P., Bouman, Th., & Scholing, A. (1995). *Angst, fobieën en dwang*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Foa, E.B., & Kozac, M.J. (1997). Beyond the efficacy ceiling? Cognitive behavior therapy in search for theory. *Behavior Therapy*, 28, 601-611.
- Kampman, M., Keijsers, G.P.J., & Hendriks, G.J. (2004). Protocolaire behandeling van patiënten met of zonder agorafobie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korrelboom, C.W. (1995). *Paniekmanagement en exposure in vivo bij paniekstoornis met agorafobie*. Nijmegen: Academisch proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Korrelboom, C.W., & Appelo, M.T. (2002). Geef de stuurlozen het roer: contraconditionering en coping bij borderline-problematiek. In: C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (red.). *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J. Maser (eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey/London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Öst, L-G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research & Therapy*, 25, 397-409.
- Salkovskis, P.M., & Clark, D.M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Velde, V. van der (red.) (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht, Trimbo-instituut.