

Behandelgids angst en paniek, therapeutenhandleiding

Michelle G. Craske & David H. Barlow



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Oorspronkelijke titel: *Mastery of Your Anxiety and Panic – Therapist Guide, fourth edition*. Oxford University Press, New York, 2007. *Mastery of Your Anxiety and Panic – Therapist Guide, fourth edition* was originally published in English in 2007. This translation is published by arrangement with Oxford University Press.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Lieke Berkhuizen, Rijnsburg

Redactionele adviezen: Yvette van der Pas

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2007, Oxford University Press, Inc.

© Nederlandse vertaling 2013, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 362 7

NUR 770



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Inhoud

Voorwoord	v
1 Inleidende informatie voor therapeuten	1
2 De kenmerken van paniekstoornis en agorafobie	23
3 De werkwijze en basisprincipes van de behandeling in hoofdlijnen	37
4 Kennismaking met het programma	47
5 Leren verslag te doen van paniek en angst	55
6 Negatieve cycli van paniek en agorafobie	65
7 Paniekaanvallen zijn niet gevaarlijk	73
8 Een hiërarchie van agorafobische situaties opstellen	81
9 Ademhalingsvaardigheden	89
10 Denkvaardigheden	103
11 De confrontatie met agorafobische situaties aangaan	127
12 Anderen bij de behandeling betrekken	149
13 De confrontatie met lichamelijke symptomen	155
14 Medicatie	177
15 Wat is er bereikt, hoe dat vast te houden, terugvalpreventie	183
16 Aanpassing voor kortdurende zorg	193
Bijlage	199
Online materialen	204
Literatuur	205
Over de auteurs	213

De ontwikkeling van dit behandelprogramma en het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit

Aan onze instituten – het aan Boston University verbonden Center for Anxiety and Related Disorders en het Anxiety Disorders Behavioral Research Program van University of California, Los Angeles – wordt al meer dan twintig jaar onderzoek gedaan naar niet-farmacologische behandelingen voor de verschillende angststoornissen. Dankzij ontwikkelingen in de theorievorming over paniekaanvallen en de paniekstoornis in de jaren negentig van de vorige eeuw werden significante verbeteringen mogelijk in de psychologische behandeling van de paniekstoornis en werd de PCT-behandeling voor paniekcontrole ontwikkeld (naar het Engelse *panic control treatment*), een behandeling voor de paniekstoornis met bewezen effectiviteit. Een gevolg van deze ontwikkelingen was dat wij veel verzoeken kregen om professionals uit de geestelijke gezondheidszorg te informeren over deze behandeling. Nadat we eerst een serie workshops hadden verzorgd, kwamen we tot de conclusie dat het zinvol was een handleiding te ontwikkelen waarin de manier van werken van deze behandeling wordt beschreven. En zo ontstonden *Behandelgids angst en paniek, therapeutenhandleiding* en *Behandelgids angst en paniek, cliëntenwerkboek*, boeken waarvan in het Engels verschillende herziene edities verschenen. Het werkboek is geschreven in een stijl die het geschikt maakt voor direct gebruik door cliënten, onder supervisie van een professional die in de behandeling is getraind.

De werkzaamheid van PCT, de behandeling voor paniekcontrole

Er zijn al veel onafhankelijke onderzoeken verricht naar het effect van PCT. We noemen enkele specifieke bevindingen. PCT is effectiever dan de gangbare ontspanningstraining (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989); 70 tot 80% van de cliënten heeft niet langer last van paniekaanvallen en 50 tot 70% bereikt goede resultaten, dat wil zeggen, functioneert binnen de grenzen van wat als

normaal wordt beschouwd (zie bijvoorbeeld Barlow e.a., 1989). Ook blijkt bij vervolgonderzoek tot ruim twee jaar later veelal dat deze positieve resultaten hebben standgehouden (Craske, Brown, & Barlow, 1991). Deze resultaten contrasteren met de terugvalpercentages die over het algemeen worden gevonden bij farmacologische behandelingen van de paniekstoornis, en vooral bij behandelingen met sterke benzodiazepinen (zie bijvoorbeeld Gould, Otto, & Pollack, 1995). Eén analyse van individuele profielen over een langere periode leverde een minder optimistisch beeld op van het effect van PCT, een derde van de cliënten die twee jaar na de behandeling paniekvrij waren, had het afgelopen jaar wel weer een paniekaanval gehad en 27% was in diezelfde periode ook nog opnieuw voor paniek in behandeling geweest (Brown & Barlow, 1995). In deze analyse was echter niet zichtbaar dat de algemene trend wel was dat het cliënten in de loop van de tijd steeds beter verging. Wanneer therapeutisch succes slechts wordt gedefinieerd als het blijvend gevrijwaard blijven van paniek vanaf het moment dat de behandeling is beëindigd, kan dit te lage succespercentages opleveren.

De behandeling werkt ook bij patiënten met nachtelijke paniekaanvallen, dat wil zeggen paniekaanvallen waardoor mensen in hun slaap worden overvallen (Craske, Lang, Aikins, & Mystkowski, 2005). Verder is PCT tevens effectief wanneer er sprake is van comorbiditeit, en in enkele studies is gevonden dat comorbiditeit niet leidt tot een verminderde effectiviteit van PCT (zie bijvoorbeeld Brown, Antony, & Barlow, 1995; McLean, Woody, Taylor, & Koch, 1998). En dat niet alleen: PCT blijkt ook tot verbetering in de comorbide symptomen te leiden (Brown, Antony, & Barlow, 1995; Tsao, Lewin, & Craske, 1998; Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2002, 2005). Met andere woorden: symptomen van depressie en andere angststoornissen die cliënten hebben naast hun paniekstoornis verbeteren na PCT. Er is weliswaar één onderzoek dat lijkt aan te geven dat de positieve effecten voor comorbide stoornissen, gemeten twee jaar na de PCT, mogelijk afnemen (Brown e.a., 1995), maar dat neemt niet weg dat de algemene bevinding over verbetering in comorbide symptomen van belang is. Deze lijkt immers aan te geven dat het zinvol is de behandeling voor de paniekstoornis voort te zetten en zich hierop te concentreren, ook als sprake is van comorbiditeit, omdat immers ook de comorbide klachten hierdoor zullen verminderen, in elk geval tot één jaar na afloop van de behandeling. Er is zelfs onderzoek dat aangeeft dat het behandelen van de paniekstoornis en comorbiditeit met behulp van verschillende, op de specifieke stoornissen toegespitste cognitief-gedragstherapeutische behandelingen tegelijk minder effectief is dan een behandeling die zich concentreert op de

paniekstoornis (Craske e.a., 2005), al is dit een voorlopige bevinding die nog dient te worden gerepliceerd.

Verder heeft PCT zijn nut bewezen als het gaat om het verminderen van de terugvalpercentages na het stoppen met krachtige benzodiazepinen (zie bijvoorbeeld Otto, Pollack, Sachs, Reiter, & Rosenbaum, 1993; Spiegel, Bruce, Gregg, & Nuzzarello, 1994). Gedetailleerde beschrijvingen van de te volgen werkwijze voor ontwenning van krachtige benzodiazepinen zijn te vinden in de boeken *Stopping anxiety medication: Panic control therapy for benzodiazepine discontinuation* (Otto, Jones, Craske, & Barlow, 1996) en *Stopping anxiety medication: Panic control therapy for benzodiazepine discontinuation, Patient workbook* (Otto, Pollack, & Barlow, 1995), die verschijnen in de serie *Treatments that work* van Oxford University Press.

Dat psychologische behandelingen effectief zijn bij paniek is in verschillende instituten op verschillende locaties in de wereld aangetoond door therapeuten en onderzoekers zoals Beck (1988); Clark, Salkovskis en Chalkey (1985); Clark, Salkovskis, Hackmann en collega's (1994), en Ost (1988). Hoewel de theoretische invalshoek van deze behandelingen enigszins verschilt, wordt in de meeste ervan gebruikgemaakt van (a) educatie over paniekaanvallen; (b) trainen van ademhalingsvaardigheden of ontspanning; (c) cognitieve therapie gericht op de negatieve cognities die gepaard gaan met paniek; en (d) exposure aan interoceptieve somatische stimuli, waarnemingen vanuit het eigen lichaam. In PCT ligt de nadruk op interoceptieve exposure aan de gevreesde lichamelijke sensaties, waarbij gebruik wordt gemaakt van diverse unieke methoden om deze sensaties in milde vorm aan te bieden in de spreekkamer van de therapeut. In 1991 publiceerde het Amerikaanse National Institute of Mental Health de resultaten van een consensusconferentie waarin op grond van het tot dan toe verrichte onderzoek als behandeling voor de paniekstoornis worden aanbevolen: benaderingen die uitgaan van cognitieve gedragstherapie (CGT) zoals PCT; medicijnen; en een combinatie van beide. Empirisch onderzoek dat sinds die tijd is gedaan bevestigt steeds weer de krachtige werkzaamheid van PCT voor de paniekstoornis, waardoor deze behandeling inmiddels is geclassificeerd als empirisch gevalideerd (Chambless e.a., 1996). In twee meta-analyses zijn zeer grote effecten gevonden voor CGT (waaronder ook PCT) als behandeling van de paniekstoornis, namelijk respectievelijk 1.55 en 0.90 (Mitte, 2005; Westin & Morrison, 2001).

De werkzaamheid van cognitief-gedragstherapeutische behandelingen voor agorafobie

CGT voor agorafobie, pleinvrees, bestaat in de meeste gevallen uit een combinatie van cognitieve herstructurering, een vorm van training in ademhalingsvaardigheden en in vivo exposure aan gevreesde agorafobische situaties. In deze handleiding worden deze methoden gecombineerd met strategieën om in agorafobische situaties bewust de confrontatie met gevreesde somatische sensaties aan te gaan. Sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw is de effectiviteit van verschillende vormen van dit type CGT aangetoond voor agorafobie. In gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken met een index voor klinische verandering worden de volgende gemiddelde resultaten gevonden: na een gemiddelde van twaalf behandelsessies en een verloop in de behandeling van 17% is bij 69% van de deelnemers direct na afloop van de interventie sprake van een zekere mate van klinisch significante verbetering; ook bij vervolgonderzoek worden deze percentages gevonden. Na afloop van de behandeling valt 50% van de deelnemers in de categorie 'normaal functioneren', de hoogste categorie die voorafgaand aan het onderzoek werd gedefinieerd, en bij vervolgonderzoek zelfs 59% (zie Craske, 1999). Wat opvalt, is dat de verbetering die na afloop van de behandeling is behaald zich in de loop der tijd voortzet. Fava, Zielezny, Savron en Grandi (1995) vonden bovendien dat slechts 18,5% van hun paniekvrije cliënten in een periode van vijf tot zeven jaar na een op exposure gebaseerde behandeling voor agorafobie een terugval had. Er zijn aanwijzingen dat verdere verbetering nadat de behandeling is afgesloten wordt bevorderd door mensen uit de directe omgeving te betrekken bij alle aspecten van de behandeling (zie bijvoorbeeld Cerny, Barlow, Craske, & Himadi, 1987). Daarom worden in ons programma methoden beschreven om mensen uit de directe omgeving bij het behandelproces te betrekken. Net zoals PCT wordt ook CGT voor agorafobie als een empirisch gevalideerde behandeling beschouwd (Chambless e.a., 1996). Nog niet zo lang geleden is een intensieve achtdaagse behandeling ontwikkeld voor personen met matige tot ernstige agorafobie, en de eerste resultaten daarvan zien er veelbelovend uit (Morissette, Spiegel, & Heinrichs, 2005).

De afzonderlijke componenten van CGT voor paniek en agorafobie

Er zijn wel pogingen gedaan om de verschillende componenten van PCT en CGT voor agorafobie los van elkaar aan te bieden. De resultaten daarvan zijn niet eenduidig, en hangen af van de gebruikte steekproef (zoals een milde of ernstige mate van agorafobie) en de precieze vergelijking die werd gemaakt. Het lijkt erop dat de component cognitieve therapie effectief is (zie bijvoorbeeld Williams & Falbo, 1996), ook als deze volledig geïsoleerd van exposure en gedragsmatige methoden wordt aangeboden (zie bijvoorbeeld Salkovskis, Clark, & Hackman, 1991), en dat cognitieve therapie effectiever is dan toegepaste ontspanning (zie bijvoorbeeld Arntz & van den Hout, 1996; Beck e.a., 1994; Clark e.a., 1994). Aan de andere kant zijn er ook onderzoeken waarin wordt gevonden dat cognitieve therapie – toegevoegd aan een behandeling met in vivo exposure voor agorafobie – niet tot een betere uitkomst leidt (zie bijvoorbeeld van den Hout, Arntz, & Hoekstra, 1994; Rijken, Kraaimaat, De Ruiter, & Garssen, 1992). Tevens werd in een onderzoek gevonden dat bij agorafobie de combinatie van training in ademhalingsvaardigheden en herhaalde interoceptieve exposure aan overademen de uitkomst niet sterker verbeterde dan in vivo exposure alleen (de Beurs, Lange, van Dyck, & Koele, 1995), en wij vonden dat training in ademhalingsvaardigheden als toevoeging aan cognitieve herstructurering iets minder effectief was dan interoceptieve exposure (Craske, Rowe, Lewin, Noriego-Dimitri, 1997). Het is duidelijk dat meer onderzoek naar het apart aanbieden van afzonderlijke componenten van CGT noodzakelijk is.

Kosteneffectieve behandelingen voor paniek en agorafobie

Het lijkt erop dat groepsbehandelingen even effectief zijn als individuele PCT-behandelingen en gedragstherapeutische behandelingen voor agorafobie (Neron, Lacroix, & Chaput, 1995; Lidren e.a., 1994). Eén mogelijke uitzondering is dat een individuele behandeling op langere termijn misschien beter werkt tegen symptomen van gegeneraliseerde angst en depressie (Neron e.a., 1995). Om hierover met zekerheid een conclusie te kunnen trekken is echter onderzoek nodig waarin individuele en groepsbehandelingen direct met elkaar worden vergeleken.

In de meeste hiervoor beschreven onderzoeken bestond de behandeling uit elf tot twaalf sessies. Maar ook een behandeling van vier tot zes sessies PCT lijkt al effectief, zij het dat de resultaten iets minder zijn dan wat bij elf tot twaalf sessies meestal wordt gezien (Craske, Maidenberg, & Bystritsky, 1995; Roy-Byrne, Craske, Stein, Sherbourne, Bystritsky, Golinelli, Katon, & Sullivan, 2005). In ander onderzoek werd echter gevonden dat de resultaten van CGT bij de paniekstoornis even effectief waren bij ongeveer zes als bij de standaard twaalf sessies (Clark e.a., 1999). Ook in een pilotstudie naar twee dagen intensieve CGT werd een goede effectiviteit gevonden (Deacon & Abramowitz, 2006).

Van CGT bij paniekstoornis bestaan tegenwoordig ook versies die met behulp van de computer worden aangeboden. Versies van CGT waarin de computer als hulpmiddel wordt gebruikt of die via het internet worden aangeboden, blijken ook effectief voor paniekstoornis (zie bijvoorbeeld Richards, Klein, & Carlbring, 2003). In een onderzoek was een uit vier sessies bestaande computerondersteunde versie van CGT voor paniekstoornis na afloop van de behandeling minder effectief dan twaalf sessies PCT, maar dit verschil in effectiviteit was tijdens een vervolgonderzoek niet meer zichtbaar (Newman, Kenardy, Herman, & Taylor, 1997).

Bevindingen over behandelprogramma's voor emotionele stoornissen in het algemeen waarbij gebruik wordt gemaakt van de computer geven echter aan dat deze programma's gemakkelijker worden geaccepteerd en succesvoller zijn wanneer ze worden aangeboden wanneer er een therapeut bij betrokken is (zie bijvoorbeeld Carlbring, Ekselius, & Anderson, 2003).

Tot slot: zelfhulpbehandelingen waarin slechts minimaal sprake is van direct contact met een therapeut werken heel goed voor sterk gemotiveerde, hoogopgeleide cliënten (zie bijvoorbeeld Ghosh & Marks, 1987; Gould & Clum, 1995; Gould, Clum, & Shapiro, 1993). Dat neemt niet weg dat wij over het algemeen toch aanbevelen dat ook deze behandelingen onder begeleiding en supervisie van een therapeut plaatsvinden, aangezien niet alle cliënten sterk gemotiveerd zijn, voldoende opgeleid en in staat de nuances te begrijpen van de cognitief-gedragstherapeutische strategieën.

Farmacologische behandelingen voor paniek en agorafobie

Op grond van negentien positieve placebocontroleerde, gerandomiseerde klinische studies vormen specifieke serotonineheropnameremmers (SSRI's) momenteel de geïndiceerde farmacologische behandeling voor paniekstoornis (Roy-Byrne & Cowley, 2002). In meta-analyses en overzichtsartikelen zijn middelmatige tot grote effecten gevonden voor SSRI's vergeleken met een placebo (zie bijvoorbeeld Mitte, 2005; Bakker, van Balkom, & Spinhoven, 2002). In de meerderheid van deze studies werd alleen gekeken naar de effectiviteit op de korte termijn, al is in sommige onderzoeken ook de werkzaamheid op langere termijn, tot één jaar, onderzocht en bevestigd.

Ook benzodiazepinen zijn effectief bij paniekstoornis. Ze werken snel, binnen enkele dagen tot een week, en worden nog beter verdragen dan de klasse SSRI's die het beste wordt verdragen. De bruikbaarheid van benzodiazepinen wordt echter beperkt door het risico van fysiologische afhankelijkheid en ontwenningverschijnselen en het risico van misbruik (Roy-Byrne & Cowley, 2002).

In talrijke onderzoeken wordt duidelijk aangetoond dat stoppen met de medicatie bij een aanzienlijk percentage patiënten tot terugval leidt; in placebocontroleerde studies over stoppen gebeurt dit binnen zes maanden bij 25-50%, afhankelijk van de onderzoeksopzet. Verder treedt na het stoppen met SSRI's, serotonine-noradrenalineheropnameremmers (SNRI's) en benzodiazepinen tijdelijk een ontwenningssyndroom op (dat bij benzodiazepinen mogelijk ernstiger is), dat op zichzelf als een interoceptieve stimulus kan werken die een terugval van de paniekstoornis bevordert of hieraan bijdraagt.

Om een vergelijking te kunnen maken tussen farmacologische en psychologische benaderingen als behandeling van paniekstoornis, vergeleken wij het antidepressivum imipramine, CGT, een placebo, een combinatie van CGT en een placebo en een combinatie van CGT en imipramine voor patiënten met een paniekstoornis zonder bijkomende depressie of klinisch significante agorafobie (Barlow e.a., 2000). In deze studie waren alle vier de behandelingen na afloop van de acute fase (drie maanden) gelijkwaardig, en was na zes maanden de combinatie imipramine en CGT marginaal effectiever dan elk van beide behandelingen op zichzelf (net als in eerdere bevindingen omtrent de betere werkzaamheid van een gecombineerde behandeling bij meer gecompliceerde paniek). Na het staken van de behandeling verging het de patiënten die de combinatie CGT plus imipramine hadden gekregen iets slechter dan degenen

die alleen CGT hadden gekregen, wat erop zou kunnen duiden dat toestands- of contextafhankelijk leren in de aanwezigheid van imipramine het leerproces tijdens CGT enigszins had afgezwakt (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001).

Als het gaat om de combinatie van snelwerkende anxiolytica – en, specifiek, de krachtige benzodiazepinen met gedragstherapieën voor agorafobie – spreken de bevindingen elkaar tegen (zie bijvoorbeeld Marks e.a., 1993; Wardle e.a., 1994). Toch is in meerdere onderzoeken betrouwbaar aangetoond dat het chronisch gebruik van krachtige benzodiazepinen ongunstige effecten heeft op zowel de resultaten op korte termijn als die op de langere termijn van PCT en cognitief-gedragstherapeutische behandelingen voor agorafobie (zie bijvoorbeeld Otto, Pollack, & Sabatino, 1996; van Balkom, de Beurs, Koele, Lange, & van Dyck, 1996; Wardle e.a., 1994). Specifiek wordt gevonden dat bij chronisch gebruik van krachtige benzodiazepinen cliënten vaker afhaken, de uitkomsten slechter zijn en er meer terugval is.

Therapeutvariabelen

Naar therapeutvariabelen in cognitief-gedragstherapeutische behandelingen is te weinig onderzoek gedaan. Williams en Chambless (1990) vonden dat patiënten die hun therapeut als meelevend of betrokken ervoeren en als een rolmodel voor zelfvertrouwen, betere uitkomsten hadden op gedragsmatige testen. In dit onderzoek konden echter de scores van de cliënten die betrekking hadden op hun therapeut niet duidelijk worden onderscheiden van hun respons op de behandeling. Keijsers, Schaap, Hoogduin en Lammers (1995) evalueerden bevindingen over factoren met betrekking tot de therapeut-clientrelatie en gedragsuitkomsten. Zij concluderen dat empathie, warmte, een positieve houding en oprechtheid, vastgesteld in een vroeg stadium van de behandeling, een positieve uitkomst voorspellen. Ten tweede treedt de grootste verbetering op bij patiënten die hun therapeut als begripvol en respectvol beschouwen. Andere zaken die positief samenhangen met de uitkomst, zij het minder consistent, waren deskundigheid, zelfvertrouwen en een directieve houding van de therapeut. In hun eigen onderzoek onder juniortherapeuten die een cognitief-gedragstherapeutische behandeling gaven voor paniekstoornis en agorafobie vonden Keijsers en collega's (1995) dat therapeuten tijdens de eerste sessie meer empathische uitspraken deden en meer vragen stelden dan tijdens latere sessies. Tijdens de derde sessie werden de therapeuten actiever

en gaven ze meer instructie en uitleg. Tijdens de tiende sessie maakten de therapeuten meer gebruik van interpretatie en confrontatie dan daarvoor. Het doen van directieve uitspraken en het geven van uitleg tijdens de eerste sessie voorspelde een slechtere uitkomst. Empathisch luisteren tijdens de eerste sessie hing samen met een betere gedragssuitkomst, terwijl empathisch luisteren tijdens de derde sessie samenhing met een slechtere gedragssuitkomst. De onderzoekers toonden hiermee de voordelen van verschillende interactiestijlen op verschillende momenten in de therapie.

Tot slot toonden Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear en Woods (2001) dat de ervaring van therapeuten een positieve invloed had op de uitkomst, schijnbaar doordat meer ervaren therapeuten flexibeler waren in hun aanpak van de behandeling en beter in staat om deze aan te passen aan de specifieke cliënt (Huppert e.a., 2001).

Beschrijving van dit behandelprogramma

Het is onze intentie dat de behandeling die beschreven staat in het cliëntenwerkboek behorende bij deze therapeutenhandleiding, dat weliswaar voor cliënten is geschreven, wordt uitgevoerd onder begeleiding van een GGZ-professional. Veel begrippen en procedures zijn relatief ingewikkeld, en voor de meest effectieve implementatie is het noodzakelijk dat de cliënt de principes begrijpt die aan de verschillende procedures ten grondslag liggen. De GGZ-professional dient dan ook volledig op de hoogte te zijn van de therapeutenhandleiding en het cliëntenwerkboek, en bekend te zijn met de theoretische fundamenten van de verschillende technieken.

Het verdient aanbeveling de hoofdstukken in het cliëntenwerkboek in onderstaand tempo door te werken. Uiteraard kan het tempo aangepast worden aan het profiel van de individuele cliënt als het gaat om paniek, angst en agorafobie. Zo zullen cliënten die slechts een beperkt aantal agorafobische situaties vermijden, veel minder tijd besteden aan hoofdstuk 8.

Week 1 Hoofdstuk 2: Leren verslag te doen van paniek en angst
 Hoofdstuk 3: Negatieve cycli van paniek en agorafobie
 Hoofdstuk 4: Paniekaanvallen zijn niet gevaarlijk
 Hoofdstuk 11, deel 1: Medicijnen (voorlichting)

- Week 2 Hoofdstuk 5: Een hiërarchie van agorafobische situaties opstellen
Hoofdstuk 6, deel 1: Ademhalingsvaardigheden
(middenrifademhaling)
Hoofdstuk 7, deel 1 en 2: Denkvaardigheden (de basis; realistische kansen)
- Week 3 Hoofdstuk 6, deel 2: Ademhalingsvaardigheden (langzame ademhaling)
Hoofdstuk 7, deel 3: Denkvaardigheden (dingen in perspectief gaan zien)
- Week 4 Hoofdstuk 6, deel 3: Ademhalingsvaardigheden (als copingtechniek)
Hoofdstuk 7, deel 4: Denkvaardigheden (evaluatie; herinneringen)
Hoofdstuk 8, deel 1: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (planning)
Hoofdstuk 9: Anderen bij de behandeling betrekken
- Week 5 Hoofdstuk 6, deel 4: Ademhalingsvaardigheden (terugblik)
Hoofdstuk 8, deel 2: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (terugblik en planning)
Hoofdstuk 10, deel 1: De confrontatie met lichamelijke symptomen (evaluatie en oefening)
- Week 6 Hoofdstuk 8, deel 2: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (terugblik en planning)
Hoofdstuk 10, deel 2: De confrontatie met lichamelijke symptomen (terugblik en oefening)
- Week 7 Hoofdstuk 8, deel 2: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (terugblik en planning)
Hoofdstuk 10, deel 2: De confrontatie met lichamelijke symptomen (terugblik en oefening)
- Week 8 Hoofdstuk 8, deel 2: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (terugblik en planning)
Hoofdstuk 10, deel 3: De confrontatie met lichamelijke symptomen (terugblik en oefening, activiteitenplanning)

- Week 9 Hoofdstuk 8, deel 2: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (terugblik en planning)
Hoofdstuk 10, deel 3: De confrontatie met lichamelijke symptomen (terugblik en oefening, activiteitenplanning)
- Week 10 Hoofdstuk 8, deel 3: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (symptomen)
Hoofdstuk 10, deel 3: De confrontatie met lichamelijke symptomen (terugblik en oefening, activiteitenplanning)
- Week 11 Hoofdstuk 8, deel 3: De confrontatie met agorafobische situaties aangaan (symptomen)
Hoofdstuk 10, deel 3: De confrontatie met lichamelijke symptomen (terugblik en oefening, activiteitenplanning)
- Week 12 Hoofdstuk 11, deel 2: Medicijnen (stoppen met medicatie)
Hoofdstuk 12: Wat heb je bereikt, hoe houd je dat vast en hoe voorkom je terugval

Als dit aanbevolen schema wordt aangehouden, bezoeken cliënten hun therapeut bijvoorbeeld om de stof uit het inleidende hoofdstuk en de in hoofdstuk 2 (Leren verslag te doen van paniek en angst) besproken principes samen te bespreken. De cliënt wordt vervolgens gevraagd hoofdstuk 2 te lezen, te beginnen met het verslag doen van paniek en angst en de hoofdstukken 3 en 4 te lezen, plus het eerste deel van hoofdstuk 11. Tijdens het tweede bezoek bespreekt de therapeut het materiaal uit de hoofdstukken 3 en 4 en hoofdstuk 11, deel 1, en helpt de cliënt een hiërarchie te maken van agorafobische situaties en te beginnen met het gebruiken van copingvaardigheden, en zo verder. De therapeut sluit de sessie af met het verzoek aan cliënt om voor de volgende keer de hoofdstukken te lezen waarin zaken worden besproken die relevant zijn voor wat er in die sessie op het programma staat. Soms kan het ook handiger zijn om cliënten alleen die hoofdstukken te laten lezen die al in de sessie besproken zijn.

In deze therapeutenhandleiding worden schetsen voor de sessies gegeven, de begrippen en principes besproken die aan de therapeutische procedures ten grondslag liggen, de relevante therapeutgedragingen besproken; er komen voorbeelddialogen aan bod met vragen die vaak door de cliënten worden gesteld, en per hoofdstuk worden de problemen besproken die zich kunnen

voordoen. Ieder hoofdstuk in deze handleiding kent de volgende structuur: (a) benodigde materialen; (b) schets van de sessie in hoofdlijnen; (c) wat doet de therapeut; (d) voornaamste begrippen en principes die ten grondslag liggen aan de specifieke in het hoofdstuk behandelde procedures; (e) voorbeelddialogen die veelvoorkomende typen vragen representeren die bij elk hoofdstuk worden gesteld en voorbeelden van antwoorden van therapeuten en (f) atypische of problematische reacties van cliënten. In het laatste hoofdstuk van de therapeutenhandleiding worden manieren besproken waarop deze behandeling kan worden aangepast voor de kortdurende zorg.

Wie heeft er baat bij dit programma?

Het cliëntenwerkboek is geschikt voor mensen die paniek- of angstaanvallen en agorafobie hebben. Het boek is vooral geschikt voor mensen met een paniekstoornis, met of zonder agorafobie; zie voor de diagnostische criteria de *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2007). [In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) zijn paniekstoornis en agorafobie afzonderlijke stoornissen, de beschreven symptomen van paniekaanvallen en de diagnostische criteria voor paniekstoornis zijn echter dezelfde als in DSM-IV-TR, zie de bijlage op pagina 199.] Echter, ook cliënten die af en toe een paniekaanval hebben maar niet aan de diagnostische criteria voor een paniekstoornis voldoen of die slechts milde symptomen van agorafobie vertonen, kunnen baat hebben bij het cliëntenwerkboek. Verder kan het boek ook mensen met meer nauw omschreven fobieën helpen, zoals claustrofobie, hoogtevrees of angst voor autorijden. Ook bij deze fobieën spelen onverwachte paniekaanvallen vaak een rol, hoewel het vermijdingsgedrag dat deze groep ontwikkelt heel specifiek is.

Wat te doen als er ook sprake is van andere problemen?

Mensen met paniekaanvallen en agorafobie zijn vaak ook depressief, hebben een andere angststoornis of vertonen trekken van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Geen van deze problemen sluit behandeling volgens de *Behandelgids angst en paniek* uit. Ons uitgangspunt hierbij is echter dat het

probleem dat het ernstigst is en het meest invaliderend voor de cliënt als eerste behandeld dient te worden. Als zich dus een patiënt meldt die in een depressieve episode verkeert die duidelijk ernstiger is dan zijn of haar paniekaanval, dient de depressie als eerste te worden behandeld. Zodra de depressieve stemming wat is opgeknapt kan de cliënt dan alsnog aan de slag met de behandeling van zijn of haar paniek en agorafobie. Deze aanbeveling geldt ook als de depressie zich secundair of als gevolg van de paniek en agorafobie heeft ontwikkeld. Aan de andere kant: wanneer cliënten zich aanmelden met beide stoornissen, maar de paniekstoornis en agorafobie duidelijk even ernstig of ernstiger dan de depressie zijn, kan gewoon met ons werkboek worden begonnen. Hetzelfde geldt voor andere comorbide stoornissen. Bedenk dat na succesvolle behandeling van de paniekstoornis ook in de comorbide symptomen vaak, in elk geval tijdelijk, verbetering optreedt. Een kanttekening bij deze aanbevelingen: onze aannames over welke symptomen als eerste moeten worden behandeld zijn gebaseerd op praktijkervaring en niet empirisch getoetst.

Dit programma is niet geschikt voor cliënten met gegeneraliseerde angst of depressie zonder bijkomende paniekaanvallen en agorafobie. Voor mensen met meer gegeneraliseerde angst, stress en hiermee gepaard gaande depressie zijn andere behandelprotocollen ontwikkeld, zoals de *Behandelgids Uniform Protocol voor de transdiagnostische behandeling van emotionele stoornissen* (Barlow e.a., 2013). Het komt ook wel voor dat mensen met een patroon van brede hypochondrische klachten denken dat dit programma voor hen geschikt is. Er zijn echter andere benaderingen die geschikter zijn voor hypochondrie. Het is dan ook van belang om mensen met een paniekstoornis te onderscheiden van mensen met meer gegeneraliseerde angst, stress, depressie of een somatoforme stoornis.

Tot slot nog dit: mensen die onder zware druk staan van ingrijpende, stressvolle gebeurtenissen in hun leven hebben mogelijk niet de tijd of energie om een behandelprogramma als dit te volbrengen; deze mensen kan beter worden geadviseerd de behandeling uit te stellen tot hun andere grote problemen zijn opgelost.

Diagnostiek

GGZ-professionals kunnen cliënten screenen met behulp van de ADIS-IV (*Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*; Nederlandse vertaling en

bewerking Bouman e.a., 1997), die speciaal voor dit doel is ontwikkeld. Dit semigestructureerde interview levert een zeer gedetailleerde analyse op van hoe de angst of paniek er precies uitziet, er kan mee worden vastgesteld of sprake is van een of meer angst- en/of stemmingsstoornissen en de relatieve ernst van iedere aanwezige stoornis kan in kaart worden gebracht. Een sterk punt van dit interview is dat het differentieert tussen de verschillende somatoforme en angststoornissen.

Behalve dit interview wordt over het algemeen ook een medisch onderzoek aangeraden omdat verschillende lichamelijke aandoeningen uitgesloten dienen te worden alvorens de diagnose paniekstoornis kan worden gesteld. Voorbeelden zijn aandoeningen van de schildklier, cafeïne- of amfetaminevergiftiging, drugsontwenningverschijnselen of feochromocytoma (een tumor op de bijnier die te veel adrenaline produceert). Gelukkig geldt voor de meeste cliënten met een paniekstoornis dat ze al grondig lichamelijk zijn onderzocht. Bovendien kunnen sommige lichamelijke aandoeningen de klachten van de paniekstoornis verergeren, hoewel de paniekstoornis meestal niet verdwijnt als de lichamelijke klachten eenmaal onder controle zijn. Mitraalklepprolaps, astma, allergieën en hypoglykemie behoren alle tot deze categorie. Deze lichamelijke aandoeningen verergeren de paniekstoornis in die zin dat ze de lichamelijke sensaties oproepen waarvoor de persoon met een paniekstoornis bang is. Zo kan mitraalklepprolaps een harttruis veroorzaken; astma kan kortademigheid veroorzaken en hypoglykemie veroorzaakt duizeligheid en een gevoel van zwakte.

Er bestaan diverse gestandaardiseerde zelfbeoordelingvragenlijsten die nuttige informatie opleveren voor het plannen van de behandeling en die ook verandering als gevolg van de therapie kunnen meten. De *Mobility Inventory* (MI; Chambless e.a., 1984; Nederlandse bewerking De Beurs, 1993) biedt een lijst veelvoorkomende agorafobische situaties die worden gescoord op in hoeverre ze worden vermeden, zowel door de cliënt alleen als samen met anderen. Deze vragenlijst is zeer nuttig voor het maken van hiërarchieën voor in vivo exposure. De *Anxiety Sensitivity Index* (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986), waarvan een Nederlandse, uit zestig items bestaande bewerking bestaat: de *ASP (Anxiety Sensitivity Profile)* (Van der Does, Duysens, Eurelings-Bontekoe, Verschuur, & Spinhoven, 2003), wordt in brede kring aanvaard als een maat voor de neiging bedreigende ideeën over lichamelijke sensaties te hebben. Deze index heeft goede psychometrische eigenschappen en onderscheidt over het algemeen de paniekstoornis van andere typen angststoornissen. Meer specifieke informatie over welke lichamelijke sensaties precies het meest

angstwekkend zijn en welke specifieke verkeerde interpretaties daar precies aan worden gegeven, kan worden verkregen met behulp van de *Body Sensations Questionnaire* en de *Agoraphobia Questionnaire* (Chambless e.a., 1984; in Nederland bekend onder de afkortingen BSQ en ACQ, vertaald door Arrindell, 1993).

Tijdens de behandeling gaan de metingen verder met behulp van de in hoofdstuk 2 van het cliëntenwerkboek beschreven procedures voor zelfmonitoring.

Medicatie

Veel mensen die last hebben van paniekaanvallen en agorafobie zullen worden doorverwezen naar een professional uit de geestelijke gezondheidszorg terwijl ze al psychofarmaca gebruiken, in de meeste gevallen voorgeschreven door hun huisarts. Het is onze ervaring dat bijna driekwart van onze cliënten een lage dosis benzodiazepinen, een licht anxiolyticum, een tricyclisch antidepressivum of een selectieve SSRI gebruikt. De combinatie van medicatie en CGT is een ingewikkeld vraagstuk dat nog niet volledig in kaart is gebracht. Wat nu precies de effectiefste manieren zijn om CGT te combineren met een medicatiebeleid dat al in gang is gezet, moet nog empirisch worden onderzocht. Wij wagen ons daarom niet aan de aanbeveling dat cliënten die al medicatie gebruiken hiermee gaan minderen voordat ze met ons werkboek beginnen. We raden deze groep zelfs aan door te gaan met het voorgeschreven gebruik totdat men het hele werkboek heeft doorgewerkt.

Wat we cliënten wel afraden, is om tijdens de behandeling de dosering van hun medicijnen te verhogen – vooral als het om benzodiazepinen gaat – aangezien er aanwijzingen zijn dat hoge doseringen benzodiazepinen de effecten van PCT kunnen hinderen. Hoge doseringen van deze middelen kunnen een aantal negatieve effecten hebben: ze kunnen de motivatie verminderen om te oefenen met de cognitief-gedragsmatige vaardigheden; de angst zodanig afzwakken dat behandelingen met exposure hun waarde verliezen; ze kunnen ertoe leiden dat verbetering als gevolg van de therapie in sterke mate aan de medicatie wordt toegeschreven, op een manier die de ontwikkeling van zelfeffectiviteit in de weg staat; ze kunnen er de oorzaak van zijn dat geneesmiddelen veiligheidsbakens worden die afleiden van het leren corrigeren van verkeerde inschattingen over gevaar, en toestandsafhankelijk leren veroorza-

ken, waardoor vaardigheden die onder invloed van het middel zijn aangeleerd mogelijk niet beklijven nadat met het middel is gestopt.

Wij hebben ervaren dat een groot percentage van de cliënten die het cliëntenwerkboek met succes hebben doorgewerkt, zelfstandig en zonder aanmoediging van buitenaf met alle medicatie stopt. Toch wordt in hoofdstuk 11 van het cliëntenwerkboek wel aandacht besteed aan het onderwerp ontwenning van medicatie. Indien gewenst door de cliënt en de voorschrijvende arts kan het programma uit dit boek als hulpmiddel worden gebruikt bij het stoppen van met medicatie, zo is ons gebleken. Het programma helpt cliënten de ontwenningverschijnselen van bepaalde middelen – vooral de benzodiazepinen – beter te verdragen.

Wie kan het programma aanbieden?

Het cliëntenwerkboek behorende bij deze therapeutenhandleiding is voldoende gedetailleerd, zodat het voor de meeste therapeuten geen probleem zou moeten zijn om de uitvoering van het programma te begeleiden. Momenteel worden initiatieven ondernomen om meer in detail onderzoek te doen naar deze begeleiding; in de kortdurende zorg is al onderzoek verricht dat aangeeft dat dit soort behandelingen kunnen worden aangeboden zonder jarenlange gespecialiseerde klinische ervaring. Toch hebben wij wel enkele aanbevelingen voor minimale eisen waaraan de therapeut dient te voldoen. De belangrijkste vereiste is bekendheid met de verschijnselen angst en paniek; in hoofdstuk 2 wordt hierover enige basisinformatie verstrekt. Een andere minimale vereiste is bekendheid met de basisprincipes van cognitieve en gedragstherapeutische interventies. Verder vinden wij het belangrijk dat therapeuten voldoende kennis hebben van de onderliggende principes van de specifieke behandeling in dit werkboek, zodat ze het materiaal indien nodig nog kunnen aanpassen aan de cliënt met wie ze werken. Het doel van deze therapeutenhandleiding is om deze kennis aan te reiken. (Voor meer diepgaande informatie zie de literatuurlijst en de aanbevolen extra literatuur).