

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# De behandeling van paniekstoornis: een invitatie tot verbetering van een effectief behandelprotocol

Steven Meijer<sup>1</sup> en Erik ten Broeke<sup>2</sup>

## SAMENVATTING

De protocollaire behandeling voor 'paniekstoornis met agorafobie' is onbetwist een effectieve behandeling. Het is echter de vraag of daarmee het laatste woord is gezegd. Het hoeft immers niet zo te zijn dat een effectief gebleken behandeling voldoende recht doet aan en in de pas loopt met de huidige experimentele psychopathologie. Soms kunnen nieuwe bevindingen onderdelen van een protocol obsoleet maken of op een andere wijze vragen om aanpassing van een bestaande werkwijze. Zo zijn er belangwekkende nieuwe inzichten ontstaan over de psychologische mechanismen die een rol spelen bij paniekstoornis en de in dat kader veelvuldig toegepaste interventie 'exposure in vivo'. In dat licht bezien is het de vraag of het standaard behandelprotocol voor paniekstoornis conceptueel nog wel 'up-to-date' is. In dit artikel worden een aantal van die nieuwe inzichten naast de opbouw en uitwerking van het huidige protocol gelegd. Verschillen en overeenkomsten worden besproken en vertaald naar de praktijk.

## INLEIDING

Het best bekende behandelprotocol in Nederland voor de behandeling van paniekstoornis met agorafobie is beschreven door Kampman, Keijsers en Hendriks (2004). Het protocol is met name gebaseerd op de in wetenschappelijk onderzoek zeer effectief gebleken behandeling van Craske en Barlow

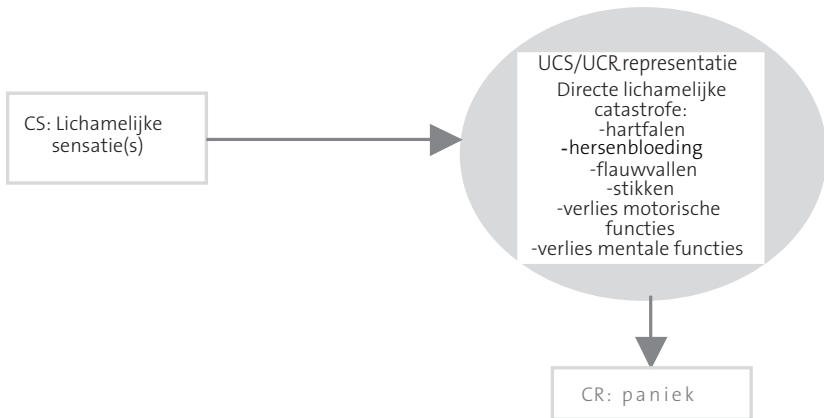
1 Drs. Steven Meijer, klinisch psycholoog, gedragstherapeut, supervisor en opleider voor de VGct (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie), trainer Dialectische Gedragstherapie en EMDR trainer. Hij is medeoprichter van en werkzaam bij 'Visie', praktijk voor cognitieve gedragstherapie te Deventer, is betrokken bij het EMDR-onderwijs en geeft diverse andere trainingen en cursus.

2 Drs. Erik ten Broeke is klinisch psycholoog en als medeoprichter verbonden aan Visie, praktijk voor cognitieve gedragstherapie te Deventer. Hij is opleider/supervisor voor de vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie (VGct) en door de vereniging EMDR Nederland erkend als trainer EMDR.

(1993). Gemiddeld 80 procent van de patiënten met een paniekstoornis is klachtenvrij na behandeling, waarvan 60 procent vrij is van paniekaanvallen na ongeveer zes weken (Bakker, Visser & Van Balkom 2001). De effectiviteit van het protocol staat in dit artikel dan ook geenszins ter discussie. Naast effectiviteit zijn er niettemin ook andere criteria om de opzet van een behandeling te evalueren. Een van die criteria is de mate waarin de daarin veronderstelde werkingsmechanismen en de daarop gebaseerde behandeling voldoende corresponderen met hedendaagse wetenschappelijke inzichten. Het is interessant door deze bril eens naar het onderhavige protocol te kijken. Hiertoe wordt hieronder een aanzet gegeven en worden in dit licht diverse onderdelen van het protocol nader beschouwd en worden er suggesties gedaan welke aanpassingen uit deze beschouwingen zouden kunnen voortvloeien.

#### *Conceptualisatie van de paniekstoornis*

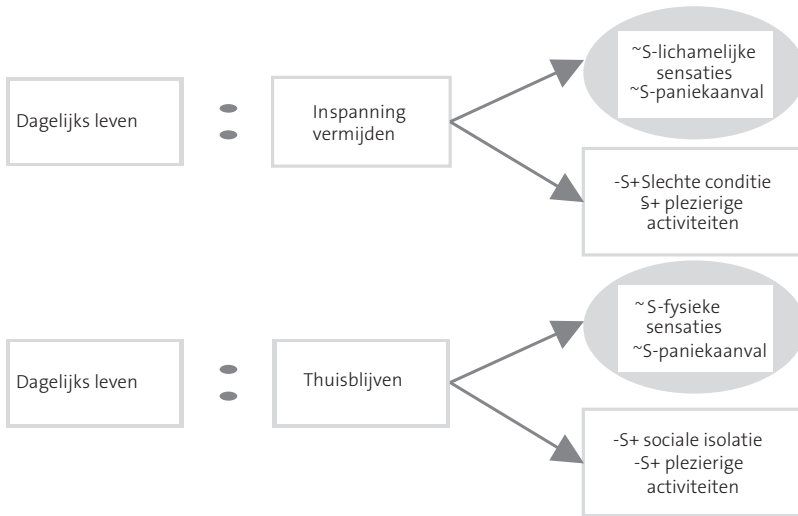
Paniekaanvallen kunnen begrepen worden als het gevolg van het ten onrechte interpreteren van een onschuldig fysiek symptoom als een voorbode voor een ernstige lichamelijke calamiteit. Er is dan sprake van 'interoceptive conditioning'. Craske beschrijft dit als *'the experience of certain somatic sensations become associated with a heightening of threat and danger'* (Barlow & Craske 2008, p.6) 'en *'catastrophic misappraisals of bodily sensations'* (Barlow & Craske 2008, p.9). Deze visie – die de dynamiek van paniekaanvallen in het kader van paniekstoornis begrijpelijk maakt - kan goed worden weergegeven in een zogenaamde betekenisanalyse (Korrelboom & Ten Broeke, 2004) (zie Figuur 1).



**Figuur 1:** Betekenisanalyse van een paniekaanval

Specifieke lichaamssensaties worden gezien als een voorbode voor specifieke calamiteiten. Steken in het hoofd voorspellen bijvoorbeeld een hersenvloeding, druk op de borst zal leiden tot een hartaanval, een benauwd gevoel zal uitmonden in stikken en depersonalisatiegevoelens voorspellen gek wor-

den. Het ligt voor de hand dat patiënten alles zullen doen en laten waarvan ze menen dat het kan helpen te voorkomen dat deze lichaamsensaties zullen optreden en (dus) te voorkomen dat paniekaanvallen zullen optreden. En als dat niet lukt dan zal de persoon zich inspinnen om te voorkomen dat de fysieke calamiteit zal optreden, die naar hun idee een gevolg zullen zijn van de lichamelijke sensaties. Er kan dan een onderscheid worden gemaakt tussen vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag. Een functieanalyse kan er dan bijvoorbeeld uitzien zoals weergegeven in Figuur 2.



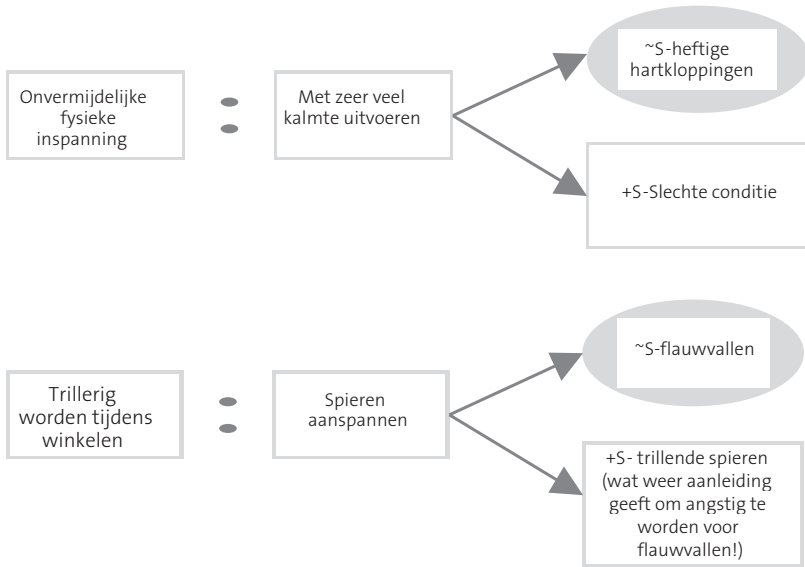
*Figuur 2:* Functieanalyses van vermijdingsgedrag

Wanneer cliënten er niet in slagen de lichaamssensaties of de situaties die leiden tot deze sensaties te vermijden zullen zij pogen dergelijke situaties te ‘overleven’ met behulp van zogenoemd veiligheidsgedrag (zie Figuur 3).

Het veiligheids- en vermijdingsgedrag heeft twee gevolgen: (1) het (verder) geïnvaleerd raken van de cliënt en (2) een groeiende overtuiging dat de angstopwekkende opvatting waar is omdat toetsing onmogelijk gemaakt wordt. Met andere woorden: het uitblijven van de fysieke calamiteit wordt toegeschreven aan de eigen maatregelen en niet aan het feit dat er geen gevaar dreigt, wat men ook doet of nalaat.

*De rationale van de behandeling voor paniekstoornis met agorafobie*

Het is bekend dat een goede en door de patiënt geaccepteerde rationale de kans op een succesvolle behandeling sterk verbetert, niet in de laatste plaats omdat het voor patiënten motiverend is om te weten wat ze moeten doen en waarom ze dat moeten doen. Ook is bekend dat de rationale niet echt hoeft te kloppen met betrekking tot het feitelijke werkingsmechanisme van een



Figuur 3: Functieanalyses van veiligheidsgedrag

behandeling; het belangrijkste is dat ze voor de cliënt een plausibele verklaring geven voor het hoe en waarom van de behandeling. De rationale in het huidige paniekprotocol is op het eerste gezicht helder en duidelijk. Daarin wordt afwisselend het accent gelegd op twee aspecten. Allereerst wordt benoemd dat de paniekstoornis het beste kan worden begrepen als de angst voor het krijgen van een paniekaanval in specifieke situaties. Deze situaties worden vervolgens vermeden door cliënten om daarmee een nieuwe paniekaanval te voorkomen: agorafobische vermijding. Daarna wordt uiteengezet dat de paniekaanval zelf het gevolg is van disfunctionele opvattingen over de betekenis van feitelijk onschuldige lichaamssensaties. Het eerste deel van de uitleg maakt inzichtelijk hoe een *paniekstoornis met agorafobie* ontstaat, het tweede deel maakt duidelijk waardoor een *paniekaanval* tot stand komt.

#### OVERWEGINGEN

Over welke situaties zullen leiden tot paniekaanvallen kunnen patiënten doorgaans accurate voorspellingen doen. Zij hebben immers 'geleerd' dat in de context (bijv. in de winkel) waarbinnen een specifieke lichaamssensatie zich voordoet, zij zullen reageren met paniek. Zowel de kern van de *paniekstoornis* en als de kern van de *paniekaanval* worden in de rationale van het protocol belicht maar onzes inziens in feite onvoldoende onderscheiden. De catastrofale interpretaties in de richting van lichamelijke calamiteiten worden in de rationale o.a. benadrukt met: *'tijdens een paniekaanval voelt u iets...; u denkt iets over deze lichamelijke gevoelens (bijvoorbeeld...! ik ga flauwvallen')*. Een paar

regels verder staat *'sommige mensen zijn zo bang om weer een paniekaanval te krijgen dat ze maar liever een aantal dingen vermijden..'* en *'paniekaanvallen voorkomen kunnen we niet, maar op het moment dat u minder bang voor deze aanvallen bent geworden, kan het zo zijn dat ze minder gaan voorkomen...'* Deze wijze van formuleren kan leiden tot verwarring: de laatste zin suggereert immers dat patiënten moeten leren in de therapie minder angstig te zijn voor paniekaanvallen, want deze kunnen niet worden voorkomen. Niettemin is de behandeling toch vooral gericht op het bijstellen van de catastrofale interpretaties van fysieke sensaties als voorbode van lichamelijke calamiteiten, waardoor de paniekaanvallen niet meer zullen voorkomen. In sommige gevallen zien cliënten iedere lichaamssensatie ten onrechte als een voorbode voor een paniekaanval. Zij menen dat zij volstrekt geen controle kunnen hebben over het verloop: enige angst zal altijd uitmonden in paniek. In dat geval zal de behandeling ook gericht moeten zijn op het grip krijgen op het proces dat leidt tot een paniekaanval (paniekmanagement). Ook dan zal het niet gaan om het wennen aan een paniekaanval, maar het ervaren van (fysieke) angstsensaties en hier mee om leren gaan zodat deze niet uitmonden in een paniekaanval.

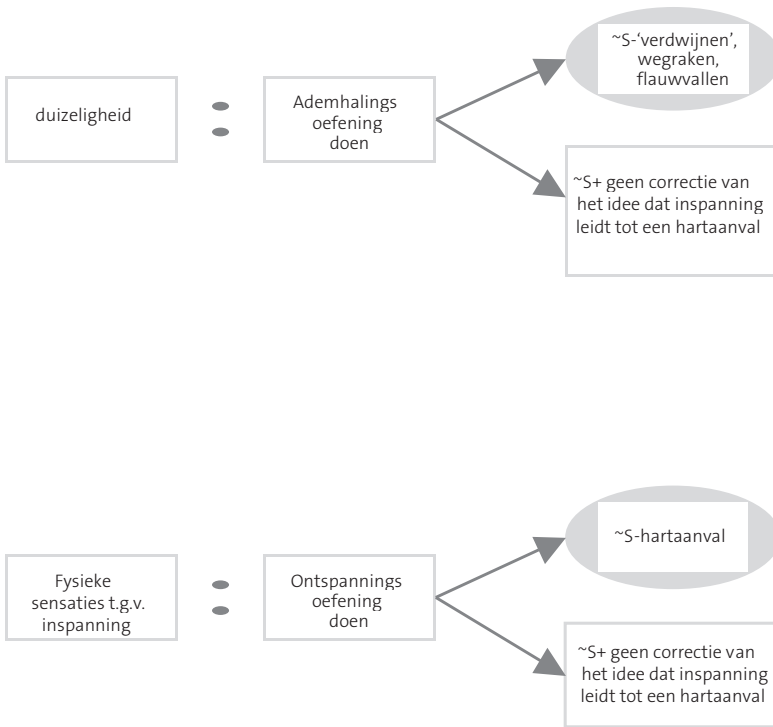
Kortom, de rationale van de behandeling van paniekstoornis kan helderder worden als in het protocol de dynamiek van de *paniekaanval* duidelijk onderscheiden wordt van de dynamiek van de *paniekstoornis*. De rationale zou kunnen aanvangen met de tekst:

*'Mensen met een paniekstoornis vermijden situaties die kunnen leiden tot een paniekaanval. Zij zijn immers bang geworden voor het krijgen van een paniekaanval. Dat is begrijpelijk want een paniekaanval –hoewel volledig onschuldig- is buitengewoon naar. In de behandeling zal vooral de nadruk liggen op wat maakt dat u in paniek raakt. Doorgaans heeft dat te maken met het ervaren van bepaalde lichamelijke sensaties die u ten onrechte laten denken dat er iets ernstigs met uw lijf gebeurt (bijv. flauwvallen of een hartaanval krijgen). In sommige situaties bent u echter wellicht ook 'gewoon' heel erg angstig om een paniekaanval te krijgen. U denkt bij de eerste tekenen van angst dat u onmiddellijk een paniekaanval zult krijgen. In de therapie zullen we ook aandacht besteden aan hoe u daar wat meer grip op kunt krijgen...'*

#### *Ontspannings- en ademhalingsoefeningen*

Het huidige protocol schrijft voor dat patiënten in sessie twee een begin moeten maken met het leren van ontspannings- en ademhalingsoefeningen. Opvallend genoeg ontbreekt de rationale van deze oefeningen goeddeels. Slechts een enkele zin wordt besteed aan het nut van deze (nogal arbeidsintensieve) oefeningen: *'eerst gaan we u ontspanningsoefeningen leren, zodat u, als u ze goed geleerd heeft, in moeilijke situaties wat rustiger kunt blijven'*. Op zich natuurlijk geen verkeerde intentie: van cliënten wordt immers een flinke inspanning verwacht die gepaard kan gaan met angst en zelfs paniek en het enigszins 'managen' van die angst kan mogelijk met ontspanningsoefe-

ningen bereikt worden. In combinatie met interoceptieve exposure wordt de ontspanningsoefening –zo lijkt het in ieder geval- met name ingezet als afleidingsstrategie (zie Kampman et.al., 2004, p. 40). Toch kleeft er een probleem aan het inzetten van ontspannings- en ademhalingsoefeningen: *‘Patients that mistakenly view breathing retraining as a way of relieving themselves of terrifying symptoms, thus falling into the trap of fearing dire consequences should they not succeed in correcting their breathing...’* (Barlow et al., 2008, p.37). Het is, met andere woorden, niet onmogelijk dat cliënten de (ademhalings- en ontspannings-) oefeningen gaan inzetten als veiligheidsgedrag. Dat kan de behandeling mogelijk flink ondermijnen. Immers, de cliënt kan de geleerde vaardigheid gemakkelijk (gaan) zien als een manier om de verwachte ramp te voorkomen waardoor de oorspronkelijke verwachting niet onderzocht en dus ook niet gefalsificeerd kan worden. De patiënt zal het ‘succes’ van het experiment – dat wil zeggen het uitblijven van bijvoorbeeld flauwvallen - toeschrijven aan het doen van de oefening:



**Figuur 4:** Ontspanningsoefeningen als veiligheidsgedrag

Conform de protocollaire behandeling wordt er een aanzienlijke hoeveelheid tijd besteed aan het trainen van deze vaardigheden zonder dat duidelijk is (gemaakt) welk voordeel daarmee wordt behaald, terwijl er wel duidelijke

nadelen zijn. Er is dan ook veel voor te zeggen de ademhalings- en ontspanningsoefeningen niet meer als vanzelfsprekend onderdeel in het protocol op te nemen: *'Patients who use breathing skills consistently as a safety behavior might be discouraged to use the breathing skills'* (Barlow et al., 2008, p. 42).

#### *Interoceptieve exposure*

Een belangrijk onderdeel van het paniekprotocol is interoceptieve exposure (IE). Reeds aan het begin van het protocol wordt aandacht besteed aan deze procedure en gaat bijvoorbeeld vooraf aan wat in het protocol 'cognitieve therapie' wordt genoemd. In de lijn met wat De Beurs en Van Widenfelt (2004) reeds stelden, is extinctie vooral nog het meest geschikt is om de effecten van exposure te beschrijven, mag worden verondersteld dat het ook bij IE om extinctie gaat. Barlow en Craske (2008) spreken dan van 'inhibitory learning': door het uitblijven van de 'ramp' leren cliënten dat de stimulus niet geassocieerd is met deze ramp. Als gevolg daarvan zal naar verloop van tijd de angst afnemen. Angstreductie is dan niet het expliciete doel maar een wenselijk bijeffect van veranderde verwachtingsrelaties. Wil extinctie kunnen optreden, dan dient de cliënt te worden blootgesteld aan de prikkel die gezien wordt als voorspeller van de ramp en moet veiligheidsgedrag onderdrukt worden zodat kan worden ervaren dat het één (bijv. hartkloppingen) niet een betrouwbare voorspeller is van het ander (bijvoorbeeld hartaanval).

#### *Interoceptieve exposure volgens het paniekprotocol*

Zoals gezegd is IE in feite een eerste stap om cliënten te laten ervaren dat de beangstigende lichaamssensaties onschuldig zijn en niet zullen leiden tot de verwachte negatieve uitkomsten. In het huidige paniekprotocol wordt in het kader van IE niettemin een aantal nogal andere aspecten benadrukt. Allereerst 'uitdoving': *'.....het doel van interoceptieve exposure is blootstelling aan de lichamelijke sensaties zodat de angst die deze sensaties oproepen kan uitdoven'*. Niet zozeer het toetsen van verwachtingsrelaties maar angstreductie wordt centraal gesteld. Ook later wordt dat aspect nog eens belicht: *'Wanneer oefeningen geen angst meer oproepen, wordt de creativiteit van therapeut en patiënt aangesproken om oefeningen te bedenken die wel angst oproepen...'* (Kampman et al., 2004, p.40). Dat therapeuten creatief moeten zijn om oefeningen te bedenken waarmee de verwachtingsrelatie verder onderzocht kan worden is prima, maar dat het accent vooral op het oproepen van zoveel mogelijk angst en daarna op angstreductie moet liggen is echter in strijd met de huidige inzichten: *'Whereas reported fear and physiological arousal generally decline within an exposure trial...there is no good evidence to indicate that such declines are indicative of learning or of long lasting effects'* (Craske et.al., 2008, p. 9). Angstreductie tijdens een sessie noch tussen de sessies is kennelijk een goede maat voor het optreden van extinctie. Het ervaren van angst in reactie op de geconditioneerde stimulus maakt weliswaar aannemelijk dat



de relevante betekenis geactiveerd is en dus kan worden 'onderzocht', maar hoge angstniveaus zijn niet noodzakelijk en soms zelfs onwenselijk omdat dit kan leiden tot een neiging van de cliënt om de exposure niet aan te gaan. In het protocol wordt het effect echter niet consequent beschreven als extinctie maar als een soort 'habituaatie' oftewel gewenning: *'de patiënt leert dat lichamelijke gevoelens.....opgeroepen kunnen worden en weer vanzelf verdwijnen en de patiënt went aan deze gevoelens'* (p 40). Gewenning suggereert dat het zou gaan om habituaatie en dat lijkt niet erg waarschijnlijk. De term habituaatie wordt in de regel gebruikt om de afname van een ongeleerde respons (UCR) te beschrijven die optreedt na herhaalde blootstelling aan een UCS (zoals een hard geluid). Dit effect is veelal tijdelijk. Een zin verderop is overigens wel weer in de lijn met het principe van de extinctie: *'de patiënt leert dat deze gevoelens geen kwaad kunnen.'* Deze zin zou aangevuld kunnen worden met de toevoeging: *'....aangezien de voorspelde negatieve effecten telkenmale uitblijven'*.

#### *Angsthierarchie*

Een ander belangrijk onderdeel van het behandelprotocol is 'exposure in vivo'. De auteurs van het behandelprotocol pleiten hierbij voor het opstellen van een angsthierarchie. Hierbij wordt een volgorde bepaald van de situaties die geoefend moeten gaan worden. De minst moeilijke eerst, moeilijkere later en de moeilijkste aan het einde. Het belang van het opstellen van dergelijke angsthierarchieën wordt met de volgende argumenten verantwoord in het protocol: *'het is belangrijk dat u, als u angst voelt,...., dan de tijd neemt om aan die eerste stap te wennen en dan aan een tweede en vervolgens aan een derde stap begint. Ieder volgende stap wordt gezet als de angst bij de vorige stap is afgenomen.'* (p. 49). Het opstellen van hierarchieën is tijdrovend en wanneer pas een volgende stap wordt gezet als de angst volledig is verdwenen, kan het volgen van een hierarchie zelfs vertragend werken. Een belangrijk argument tegen de bovengenoemde beweegreden is reeds eerder genoemd: angstreductie tijdens de exposure is geen goede voorspeller voor het effect van de therapie. Ook in behandelingen waar de angst tijdens de oefeningen gelijk is gebleven of zelf is toegenomen blijkt extinctie toch op te treden: de CS voorspelt niet langer de UCS. Daarnaast blijkt uit wetenschappelijke studies dat exposure die niet verloopt volgens een ordentelijk hiërarchisch patroon het aanzienlijk beter doet: *'ungraded exposure was clearly superior at the 5-year follow-up assessment.'* (76% tegenover 35%) (Barlow et al., 2008, p. 27; Craske et al., 2008). In dat kader ligt het inmiddels voor de hand om exposure in vivo vooral op te zetten als een gedragsexperiment: met de cliënt wordt gezocht naar experimenten waarmee het beste de (disfunctionele) opvatting kan worden onderzocht (zie Van den Hout & Merckelbach, 1993 voor een praktische strategie). De nadruk ligt dan op het onderzoek van verwachtingen en niet op het al dan niet dalen van het angstniveau. Een belangrijk gevolg van dat accentverschil is het feit dat expo-

sure niet lang hoeft te duren, in ieder geval niet totdat de angst is gedaald, en dat dus niet een hiërarchie hoeft te worden afgewerkt.

#### *Over het 'cognitieve' in cognitieve interventies*

In het protocol wordt aangeven dat interoceptieve exposure vooraf moet gaan aan cognitieve therapie. Dat heeft enerzijds te maken met hetgeen hiervoor al werd gezegd over de verwarring aangaande de mechanismen van exposure en anderzijds met het idee dat cognitieve therapie betekent 'verbale uitdaging', met name met een gedachteraapport.

De scheiding tussen cognitieve therapie en de exposure procedures zoals interoceptieve exposure en exposure in vivo is niettemin merkwaardig en feitelijk onterecht. Van oorsprong is dit onderscheid weliswaar niet vreemd, aangezien met cognitieve therapie van oudsher interventies worden bedoeld die vooral gericht zijn op het wijzigen van opvattingen, doorgaans langs een verbale weg. De gedragstherapeutische interventies waren vooral gericht op varianten van exposure en respons preventie: het doorbreken van vermijdings- en veiligheidsgedrag wat vervolgens tot het toetsen en falsificeren van disfunctionele voorspellingen leidt. Deze tweedeling suggereert dat het gaat om wezenlijk verschillende interventies. Dit uitgangspunt is inmiddels wat achterhaald. Niet voor niets wordt nu gesproken van cognitieve gedragstherapie waarmee tot uitdrukking wordt gebracht dat er weliswaar verschillende procedures zijn maar dat deze alle behoren tot het cognitief-gedragstherapeutische domein en dus niet hun basis vinden in (compleet) verschillende theoretische uitgangspunten. Weliswaar zijn er procedurele verschillen maar naar moderne inzichten gemeten, vinden die niet hun legitimatie in wezenlijke conceptuele verschillen. Integendeel, zowel klassiek cognitieve interventies als klassiek gedragstherapeutische interventies zijn er op gericht nieuwe kennis op te doen over hoe de wereld in elkaar zit en om bestaande kennis kritisch te evalueren. Dat kan via verbale uitdaging maar vooral door proefondervindelijk onderzoek, zoals exposure en gedragsexperimenten.

Zowel interoceptieve exposure als exposure in vivo zijn in feite dan ook 'cognitieve' interventies in de zin dat het telkens gaat om het onderzoeken van de disfunctionele overtuigingen die ten grondslag liggen aan de stoornis. In dat licht bezien is het logischer om de verbale cognitieve uitdaging te laten volgen op de uitleg van de rationale zodat de rationele kennis over het ontstaan en voortduren van de paniekaanvallen aanwezig is en beschikbaar gemaakt kan worden tijdens de interoceptieve exposure en exposure in vivo. (zie tabel 1). Exposure – zij het in vivo of interoceptief – kan dan geherformuleerd worden als een (serie) gedragsexperiment(en) in de therapiekamer en vervolgens buiten de therapie in het 'echte leven'. De (vooral) verbale uitdagingstrategieën zijn (soms) nodig om patiënten te motiveren tot of voor te bereiden op gedragsverandering: eerst moet een patiënt rationeel immers

overtuigd raken dat er geen gevaar is, om vervolgens dit proefondervindelijk te ervaren zodat deze geloofwaardigheid ook op emotioneel niveau groeit.

## DISCUSSIE

In dit artikel is het protocol voor 'paniekstoornis met/zonder agorafobie' met de huidige kennis kritisch onder de loep genomen. Het protocol is effectief en vanuit dat oogpunt behoeft het in feite niet direct revisie. Anderzijds kan een protocol beschouwd worden vanuit nieuwe theoretische inzichten, hetgeen kan leiden tot aanpassingen die het protocol logischer en consistentier conform nieuwe theoretische inzichten maken maar wellicht ook spaarzamer en efficiënter. Een aantal zaken in de opbouw van het paniekstoornisprotocol behoeft naar ons idee heroverweging. Niet direct omdat is aangetoond dat die aanpassingen zullen leiden tot een groter effect maar wel omdat verschillende facetten van het protocol op zijn zachtst gezegd op gespannen voet staan met de huidige kennis omtrent de mechanismen van met name exposure.

Het in de meeste gevallen weglaten van ontspannings- en ademhalings-oefeningen spaart niet alleen tijd maar ook inspanningen van de cliënt. De behandeling zal daardoor in feite niet sterk bekort worden, maar de inspanningen die de cliënt buiten de sessies moet doen zullen wel ingrijpend verminderen. Daarnaast zal in sommige gevallen het leren van deze oefeningen contra-productief uitwerken omdat patiënten ze in zullen zetten als veiligheidsgedrag zodat falsificatie van disfunctionele verwachtingsrelaties niet zal kunnen optreden. Hetzelfde geldt voor het maken en volgen van angsthiërarchieën waarvan is gebleken dat het de behandeling mogelijk minder effectief maakt en de kans op terugval vergroot, zeker op langere termijn.

Tot slot valt er iets op te merken over de volgorde van de verschillende onderdelen in het protocol. Wanneer er niet een te strikt onderscheid wordt gemaakt tussen 'cognitieve' en 'gedragmatige' interventies, ligt het meer voor de hand het protocol te starten met meer verbale interventies (uitleg verschaffen over de stoornis (paniekcirkel), rationale van de behandeling en herstructurering van opvattingen) naar meer 'op corrigerende ervaringen' gerichte interventies (exposure in vivo, gedragsexperimenten). Niet vanwege het benadrukken van de verschillen, maar eerder ten dienste van het vergroten van motivatie van de patiënten. Deze zullen immers meer bereid zijn via de ervaring voorspellingen te toetsen wanneer er in ieder geval op rationeel niveau functionele kennis is vergaard.

## SUMMARY

*The treatment of panic disorder: an invitation to the improvement of an effective treatment protocol*

The manualized treatment for panic disorder with agoraphobia is without any doubt an effective treatment. But even when a treatment is effective, it does not necessarily mean that the treatment underpinnings are in accordance with the latest research findings underlying the theoretical viewpoints of the mechanisms of the treatment interventions and/or the pathology in question. New findings can make certain steps and/or procedures obsolete or can ask for adaptations. In this article the authors review the protocol from the perspective of the latest findings regarding exposure in vivo and the underlying mechanisms. They conclude with suggestions regarding adapting the protocol in favor of these findings.

*Keywords:* panic disorder, treatment protocol, agoraphobia, exposure

## LITERATUUR

- Beurs, E. de, & Van Widenfelt, B. (2004). *Paniekstoornis en agorafobie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Craske, M.G., & Barlow, D.H. (1993). *Panic disorder and agoraphobia*. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. (2nd Ed.). New York: Guilford.
- Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2008). *Panic disorder and agoraphobia*. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4th Ed.). New York: Guilford.
- Craske, M.G., Hermans, D., & Vansteenwegen, D. (Eds), (2006). *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kampman, M. & G.P.J. Keijsers (2004) *Behandeling van paniekstoornis met en zonder agorafobie*. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Eds.) (2004). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Deel 2 (2e herz. druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van., & Hoogduin, C.A.L. (Eds.) (2004). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Deel 2 (2e herziene. druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.