



de Fysiotherapeut

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie
volgens de Psychosomatiek

Statement Angst

Angstgerelateerde klachten binnen de Psychosomatische Fysiotherapie

November 2012



Statement angst

Ittersum MW van (PT, PhD)^a, Jong CAH de (PT, MSc)^b, Boersma RHM (PT)^c, Mulder A (PT)^d, Oving A (PT, MSR)^e, Stokkel C (PT)^f Schans CP van der (PT, Prof Dr)^g

- a. Onderzoeker Lectoraat Transparante Zorgverlening, Hanzehogeschool Groningen & Docent Bachelor- en Masteropleiding Fysiotherapie Hanzehogeschool Groningen, Groningen
- b. Docent Masteropleiding psychosomatische fysiotherapie, Hogeschool Utrecht, Utrecht & Psychosomatisch fysiotherapeut Gezondheidscentrum Schalkwijk, Haarlem
- c. Docent Opleiding psychosomatische fysiotherapie Nederlands Paramedisch Instituut & Instituut Psychosomatische Therapie & Psychosomatisch fysiotherapeut Praktijk voor fysiotherapie Amsterdam-noord
- d. Docent Opleiding psychosomatische fysiotherapie Nederlands Paramedisch Instituut & Instituut voor Psychosomatische Therapie & Psychosomatisch fysiotherapeut Praktijk voor Psychosomatische Therapie te Amsterdam
- e. Psychosomatisch fysiotherapeut Centrum voor Fysiotherapie Soembastraat, Den Helder en POFA, Alkmaar & Master Stressmanagement en Reïntegratie en Registercoach Moving-Minds, Haarlem
- f. Psychosomatisch fysiotherapeut en Coach Oude Rijn Fysiotherapie, Leiden
- g. Lector Lectoraat Transparante Zorgverlening, Hanzehogeschool Groningen, Groningen & Hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

Communicatie
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek
Stadsring 159b
3817 BA Amersfoort
033 4791140
wetenschap@kngf-nfp.nl

Inhoud

Definities	3
Inleiding	4
Achtergrond	6
GAS	7
Paniekstoornissen	10
Sociale fobie	11
Diagnostisch proces	13
Therapeutisch proces	16
I GAS	16
II Paniekstoornissen	18
III Sociale fobie	20
Noten	23
Bijlagen	46
a. Beslisboom	47
b. Therapieën	49



DEFINITIES

Fysiotherapie volgens de psychosomatiek

Sinds december 2005 is Psychosomatische Fysiotherapie (PSF) een officieel erkende specialisatie binnen de Fysiotherapie. De psychosomatisch werkende fysiotherapeut is gespecialiseerd in het inzichtelijk en hanteerbaar maken van de relaties tussen bewegend, psychisch en sociaal functioneren.

In reguliere eerstelijns fysiotherapiepraktijken blijkt 6,1% van de cliënten een matig tot sterk verhoogde score op de angstdimensie van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) te hebben. Voor de psychosomatische fysiotherapeut ligt dit percentage op 25%¹. Fysiotherapeuten gespecialiseerd in psychosomatiek richten zich bij angstgerelateerde klachten specifiek op de lichamelijke uitingen van angst.

Angstequivalenten: angstklachten, panieklachten, paniekstoornis, agorafobie en sociale fobie

Een angst- of paniekstoornis wordt binnen de NHG-standaard 2004 gedefinieerd als een stoornis waarbij sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst en subjectief lijden of belemmering in het dagelijkse leven.

De DSM IV² beschrijft criteria voor het diagnosticeren van gegeneraliseerde angststoornis, panieklachten, paniekstoornis en sociale fobie.

Dit statement richt zich op de meest voorkomende angststoornissen in de 1^e lijn, namelijk op:

- gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en panieklachten met of zonder agorafobie en dwangstoornissen;
- paniekstoornissen met agorafobie en dwangstoornissen; en
- sociale fobie.

Meer nog dan de gegeneraliseerde angststoornis heeft dit statement als onderwerp

gegeneraliseerde angstklachten; hieronder vallen ook mensen die niet volledig voldoen aan de DSM IV criteria. Het zijn mensen die altijd nerveus en gespannen zijn en die piekeren over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Het piekeren is moeilijk onder controle te houden en de dagen van piekeren overheersen in aantal de piekervrije dagen. Cliënten met gegeneraliseerde angstklachten of panieklachten hebben last van verschillende angstgerelateerde klachten of angstequivalenten als een (pijnlijke) hypertonie van de nek- en schoudergordelmusculatuur, veelal gepaard gaande met spierspanningshoofdpijn, een snel en oppervlakkig hoogthoracaal adempatroon, hyperventilatieklachten en multi-pele spier- en gewrichtspijnen, een verstoord lichaamscontact en lichaamsbeleving, een verminderd concentratievermogen op (werk-)taken, slaapstoornissen en snelle vermoeibaarheid. Daarnaast kan er agorafobie (vermijdingsgedrag) bestaan, gericht op het voorkomen van het optreden van de lichamelijke klachten waarvoor men bang is. Deze groep heeft een verhoogde kans op het ontwikkelen van een angststoornis.

Een **paniekaanval** is een plotselinge optredende intense angst of spanning die vaak gepaard gaat met lichamelijke klachten als duizeligheid, zweten, trillen, ademnood en tintelingen. Een paniekstoornis behelst recidiverende paniekaanvallen. Cliënten met een matige tot ernstige paniekstoornis hebben te maken met een breed scala aan angstgerelateerde klachten van het bewegingsapparaat, een verstoord lichaamscontact en lichaamsbeleving en een verminderd concentratievermogen op (werk-)taken. Vaak is er sprake van sterk vermijdingsgedrag en catastroferende gedachten.

Sociale fobie wordt gedefinieerd als een fobie voor sociale situaties waarin iemand moet presteren of functioneren en een afgang vreest. Mensen met een sociale fobie hebben een verhoogd bewustzijn van hun emoties, gedachten, gedrag, fysieke verschijning en lichamelijke gevoelens. De balans tussen het zelfbewustzijn en het zich bewust zijn van de ander is verstoord^{3,4}. In spannende situaties observeren en controleren zij zichzelf voortdurend. Deze op zichzelf gerichte aandacht leidt tot misinterpretatie van het eigen functioneren, angst voor de beoordeling door anderen en tot lichamelijke angst- en spanningsverschijnselen.

INLEIDING

Hoewel angst en fobie geclassificeerd worden als mentale problemen en daarmee wellicht behandeling door psychologen voor de hand ligt, is bij een lichte vorm van klachten de drempel voor psychologische behandeling vaak hoog.

Fysiotherapeuten zijn de experts op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat. Aangezien bovengenoemde angstgerelateerde klachten of angstequivalenten zich uiten in het houding- en bewegingsapparaat, (en als zodanig ook nieuwe angst genereren) lijken fysiotherapeuten gespecialiseerd in psychosomatiek de meest geëigende professionals voor het uitvoeren van diagnostiek, begeleiding en behandeling bij de angstgerelateerde klachten bedoeld in dit statement.

Het doel van dit statement is antwoord geven op de volgende vraagstellingen:

- Welke specifieke aanbevelingen in het diagnostisch proces zijn van belang voor het differentiëren van angstgerelateerde klachten door de psychosomatisch werkende fysiotherapeut?
- Welke specifieke aanbevelingen in het therapeutisch proces van psychosomatisch werkende fysiotherapeuten zijn van belang bij cliënten met gegeneraliseerde angst- en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten, bij patiënten met een paniekstoornis en bij patiënten met sociale fobie?

De aanbevelingen in dit statement zijn opgesteld op basis van wetenschappelijke evidentie op het gebied van de psychosomatisch fysiotherapeutische behandeling en op basis van 'best practice'. Een uitgebreide consultatie van psychosomatisch werkende fysiotherapeuten heeft plaatsgevonden, o.a. tijdens een werkconferentie in september 2008. Tijdens deze zogenaamde "open space conferentie" hebben 25 beroepsgenoten hun inzichten en ervaringen met deze cliëntengroep onder woorden gebracht en met elkaar gedeeld.

Gezocht is naar relevante literatuur die is verschenen in de laatste 20 jaar (t/m september 2011) in de databases van de Cochrane library, PubMed, PEDro en Psyclit. De PEDro-scorelijst werd gebruikt om de kwaliteit van RCT's te beoordelen. Er is een indeling gemaakt op 'level of evidence' (zie tabel 1), en vervolgens zijn de aanbevelingen geformuleerd op basis van de niveaus van bewijskracht zoals weergegeven in tabel 2.

Tabel 1. Indeling onderzoeksresultaten naar niveau van bewijskracht⁵.

'Levels of evidence'

- Niveau A1 *Systematische reviews die tenminste enkele RCT's van niveau A 2 betreffen en waarbij de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken consistent zijn*
- Niveau A2 *RCT's van goede methodologische kwaliteit en voldoende omvang en consistentie*
- Niveau B *RCT's van mindere methodologische kwaliteit en ander vergelijkend onderzoek*
- Niveau C *Niet-vergelijkend onderzoek; pre-experimenteel onderzoek*
- Niveau D *Niet ondersteund door onderzoek. Mening door deskundigen*

Tabel 2. Niveau van bewijskracht; conclusies en formulering bij de verschillende niveaus

- Indien ondersteund door ten minste 1 systematische review of ten minste 2 RCT's van niveau A2 luidt de aanbeveling: *'Het is aangetoond dat....'*
- Indien ondersteund door ten minste 2 RCT's of 2 quasi-experimentele onderzoeken van niveau A2 of ondersteund door 1 RCT van goede methodologische kwaliteit (niveau B) luidt de aanbeveling: *'Het is aannemelijk dat....'*
- Indien niet ondersteund door onderzoek van niveau A of B luidt de aanbeveling: *'Er zijn aanwijzingen dat....'*
- Op grond van de mening van deskundigen luidt de aanbeveling: *'De werkgroep is van mening dat....'*
- Wanneer een bepaalde interventie niet effectief is gebleken, dan wordt achter de aanbeveling: *"geen meerwaarde heeft..."* geplaatst. Bijvoorbeeld op niveau A1: *"het is aangetoond datgeen meerwaarde heeft"*

Per onderdeel is het wetenschappelijk bewijs kort samengevat, inclusief het niveau van bewijskracht.

Dit statement sluit aan op de cognitief-gedragsmatige benadering van de multidisciplinaire GGZ richtlijn Angststoornissen (2009)⁶ en het Beroepscompetentieprofiel (2009)⁷ van de psychosomatisch werkende fysiotherapeut. Verder wordt aangesloten bij de procesmatige werkwijze die in een beslisboom (2009) is uitgewerkt (zie bijlage A).

ACHTERGROND

Angststoornissen komen in Nederland veel voor: in 2007 hadden naar schatting 1.055.900 mensen tussen de 18 en 65 jaar een angststoornis. Dat zijn 79 van de 1000 mannen en 124 van de 1000 vrouwen. Jaarlijks krijgt 3,1% van de volwassen bevolking voor het eerst een angststoornis en er is sprake van een lifetime prevalentie van 19,6%⁸. Huisartsen lijken angst nog slecht te herkennen en registreren bovendien de symptomen die samenhangen met angst niet zozeer als ziektediagnose maar eerder als symptoomdiagnose. Dit verklaart de fors lagere registratiecijfers van huisartsen (zie tabel 3).

Ongeveer 25% van de cliënten met angststoornissen geneest spontaan binnen een jaar (dus zonder behandeling); daarna hebben de klachten een chronisch verloop.

Tabel 3: Jaarprevalentie (per 1000 en absoluut) en incidentie (per 1000 en absoluut) van angststoornissen en angststoornis en/of angstige gevoelens in 2007, geschat op basis van huisartsenregistraties⁸.

Jaarprevalentie	Incidentie			
	<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
Angststoornissen				
Schatting promille	7,1	13,8	2,4	4,0
Schatting absoluut	57.600	114.200	19.000	33.100
Angststoornissen en /of angstig gevoel				
Schatting promille	18,8	38,1	8,1	16,2
Schatting absoluut	152.100	315.300	65.700	134.000

Dit statement richt zich op vier van de meest voorkomende angststoornissen in de 1^e lijn. Dit zijn:

1. lichte gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en panieklachten zonder agorafobie en dwangstoornissen;
2. lichte GAS en panieklachten met agorafobie en (lichte) dwangstoornissen;
3. matige tot ernstige paniekstoornis met agorafobie en dwangstoornissen;
4. sociale fobie.

Met het oog op de leesbaarheid is ervoor gekozen de eerste twee typen samen te voegen.

Overigens is binnen de diagnosegroep angststoornissen sprake van een grote comorbiditeit. Uit onderstaande kruistabel (tabel 4) blijkt bijvoorbeeld dat een paniekstoornis in 38,2% van de gevallen gepaard gaat met een specifieke fobie en in 38,5% met een sociale fobie. Bij ongeveer de helft van de angststoornissen ontwikkelt zich na verloop van enkele jaren tevens een depressieve stoornis⁹.

Tabel 4. Combinaties van angststoornissen (%) (Overgenomen uit: Landelijk Basisprogramma Angststoornissen, Trimbos-instituut, 2005¹⁰)

	2 ^{de} stoornis	1 Paniek- stoornis	2 Spec. fobie	3 Sociale fobie	4 Gegen. angst- stoornis	5 obs./ comp. stoornis
1 ^{ste} stoornis						
1 Paniekstoornis		--	38,2	38,5	26,1	7,1
2 Specifieke fobie		12,0	--	25,0	11,2	2,8
3 Sociale fobie		17	37,0	--	16,6	4,4
4 Gegeneraliseerde angststoornis		22	30,9	30,9	--	4,4
5 Obsessieve-compulsieve stoornis		34,4	43,8	45,5	25,0	--

NB: Voor de beschrijving van de angstklachten en panieklachten is gebruik gemaakt van de in de literatuur gevonden beschrijvingen van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en paniekstoornis.

Gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten

Angstklachten

Mensen met gegeneraliseerde angstklachten zijn altijd nerveus, gespannen en piekeren over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Het piekeren is moeilijk onder controle te houden en de dagen van piekeren overheersen de piekervrije dagen. Tevens heeft men last van concentratieproblemen, spierspanning, slaapstoornissen en snelle vermoeibaarheid¹⁰.

In termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO) komen interpersoonlijke beperkingen bij de gegeneraliseerde angststoornis relatief frequent voor.

De jaarprevalentie van een gegeneraliseerde angststoornis bedraagt \pm 3%. Een gegeneraliseerde angststoornis kan in de kindertijd, puberteit of adolescentie ontstaan⁶.

Verwacht mag worden dat de groep met gegeneraliseerde angstklachten die niet volledig aan de criteria voor gegeneraliseerde angststoornis voldoet veel groter is (zie tabel 3).

Uit het Nemesis onderzoek⁸ bleek de comorbiditeit van de gegeneraliseerde angststoornis met een andere angststoornis hoog te zijn (zie tabel 4).

De kenmerken waaraan voldaan moet worden om de diagnose gegeneraliseerde angststoornis te kunnen stellen zijn in de DSM IV vastgelegd (zie tabel 5).

Tabel 5: Diagnostische criteria voor een gegeneraliseerde angststoornis (DSM IV)²

A Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens), gedurende zes maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties).

B Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.

C De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes verschijnselen (waarvan tenminste enkele verschijnselen in de laatste zes maanden vaker wel dan niet aanwezig):

- rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
- snel vermoeid zijn
- zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
- prikkelbaarheid
- spierspanning
- slaapstoornis (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze niet verkwikkende slaap)

D Het onderwerp van de angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een andere As I stoornis, zoals een paniekstoornis, een sociale fobie, een obsessieve-compulsieve stoornis, separatie-angststoornis, anorexia nervosa, somatisatiestoornis of hypochondrie en de angst en bezorgdheid komen niet uitsluitend voor tijdens een posttraumatische stressstoornis.

E De angst, bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

F De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie) en komt niet uitsluitend voor tijdens een stemmingsstoornis, psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Indien de angstklachten korter dan 6 maanden bestaan en vooraf gegaan zijn door life events wordt de diagnose **aanpassingsstoornis met angst** gesteld (zie ook beslisboom).

Risicofactoren¹⁰:

Geslacht en leeftijd

- In Nederland hebben vrouwen een bijna 2 keer zo grote kans op een gegeneraliseerde angststoornis als mannen.
- De aandoening komt het minst voor bij kinderen en adolescenten. Het risico neemt toe met de leeftijd.
- Bij mannen ontstaat de gegeneraliseerde angststoornis vooral tussen 45 en 54 jaar. Voor vrouwen is er geen duidelijke periode aan te wijzen.

Individuele kwetsbaarheid

- Gegeneraliseerde angststoornis heeft een erfelijke component, zoals onder meer blijkt uit tweelingonderzoek. Omgevingsinvloeden bepalen vervolgens of de stoornis ontstaat.
- Verschillende neurotransmitterstoffen - bijvoorbeeld serotonine, noradrenaline, histamine en dopamine - spelen waarschijnlijk een rol bij het ontstaan van de gegeneraliseerde angststoornis.
- Mensen die zich langdurig (tenminste 1 maand) zorgen maken lopen een verhoogd risico een gegeneraliseerde angststoornis te ontwikkelen.

Omgeving

- Mensen met een lage sociaal economische status (SES) lopen meer kans op een gegeneraliseerde angststoornis.
- In steden komt gegeneraliseerde angststoornis vaker voor dan op het platteland.

Levensgebeurtenissen

Een stressvolle gebeurtenis kan de aanleiding zijn voor het ontstaan van de gegeneraliseerde angststoornis, vooral bij mensen die door erfelijke en biologische factoren extra kwetsbaar zijn voor gegeneraliseerde angststoornis. Mogelijk ervaren deze 'kwetsbare' mensen een gebeurtenis eerder als stressvol.

Panieklachten

Jaarlijks voldoen 242.000 mensen (tussen 18-65 jaar) in Nederland aan de diagnostische criteria paniekstoornis, waarvan het aandeel "nieuwe" gevallen 35% bedraagt⁸.

In termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO) leidt de paniekstoornis zeker in combinatie met agorafobie vaak tot beperkingen met betrekking tot zelfverzorging en het huishouden, evenals participatieproblemen doordat het beroepsmatig -en sociaal functioneren ernstig kan worden beperkt¹¹.

De groep met panieklachten, die niet aan de diagnostische criteria voldoet voor paniekstoornis, maar wel last heeft van paniekaanvallen is een nog veel grotere groep (zie tabel 3). Deze groep ervaart veel spanning en vermijdt al dan niet plaatsen en situaties.

Een paniekaanval is een plotselinge optredende intense angst of spanning. Vaak gaat dit gepaard met lichamelijke klachten als duizeligheid, zweten, trillen, ademnood en tintelingen.

Tabel 6: Diagnostische criteria voor een paniekaanval (DSM-IV)²

Er is sprake van een paniekaanval wanneer er een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen optreedt, waarbij vier of meer van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen tien minuten een maximum bereiken:

- hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie
- transpireren
- trillen en beven
- gevoel van ademnood of verstikking
- naar adem snakken
- pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- misselijkheid of buieklachten
- gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- angst dood te gaan
- paresthesieën (verdoofde of tintelende gevoelens)
- opvliegers en koude rillingen

Paniekaanvallen komen bij meerdere angststoornissen voor (zie tabel 4). De aanwezigheid van paniekaanvallen betekent niet per definitie dat er eveneens sprake is van een paniekstoornis. De kenmerken waaraan voldaan moet worden om de diagnose paniekstoornis (zonder agorafobie) te kunnen stellen zijn in de DSM IV vastgelegd (zie tabel 7).

Risicofactoren:

De risicofactoren voor panieklachten zijn gelijk aan die voor het ontwikkelen van een paniekstoornis (zie aldaar).

Paniekstoornissen

Van alle volwassen Nederlanders tot 65 jaar heeft 3,8% ooit in hun leven een paniekstoornis gehad die voldoet aan de diagnostische criteria hiervoor uit de DSM IV. Dat zijn jaarlijks 242.000 mensen in Nederland, waarvan het aandeel "nieuwe" gevallen 35% bedraagt (0,8% van het totaal). Het is een psychische stoornis op de DSM-IV as-I, waarbij in de helft van de gevallen tevens agorafobie (vermijdingsgedrag) voorkomt. Zonder agorafobie wordt deze diagnose ongeveer twee keer zo vaak bij vrouwen gesteld als bij mannen; met agorafobie zelfs drie tot vier keer zo vaak. Er is geen verschil tussen jongvolwassenen en volwassenen⁸.

In termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO) leidt de paniekstoornis, zeker in combinatie met agorafobie, vaak tot beperkingen met betrekking tot zelfverzorging en het huishouden, evenals participatieproblemen. Hierdoor kan het beroepsmatig en sociaal functioneren ernstig worden beperkt^{6,11}.

Een paniekstoornis behelst recidiverende paniekaanvallen; bij een geïsoleerde paniekaanval hoeft dus nog geen sprake te zijn van een paniekstoornis.

Tabel 7: diagnostische criteria voor paniekstoornis (DSM-IV)²

A Zowel 1) als 2)

1) Recidiverende onverwachte paniekaanvallen.

2) Na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) met één (of meer) van de volgende:

a voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval

b bezorgdheid over deze verwickelingen of consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')

c een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen

B Afwezigheid van agorafobie.

C De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie)

D De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, specifieke fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis of separatieangststoornis

Risicofactoren^{10,12}

Geslacht en leeftijd

- Van de Nederlandse vrouwen maakt 4,7 % ooit in hun leven een paniekstoornis mee, voor mannen is dit getal 2,8. Bij mannen begint de paniekstoornis gemiddeld rond het 28^e levensjaar, bij vrouwen rond het 25^e jaar.
- Met het ouder worden daalt de kans op het krijgen van een paniekstoornis. Toch herstelt slechts 30 tot 50% van de cliënten na 6 a 7 jaar (zonder therapie).

Individuele kwetsbaarheid

- Erfelijkheid, wat blijkt uit het familiale voorkomen van paniekstoornis.
- Stoffen als lactaat, kooldioxide en cafeïne kunnen een paniekaanval opwekken bij mensen die dat al eens hebben meegemaakt. Dit wijst mogelijk op een lichamelijke component in de oorzaak van paniekaanvallen.
- Lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld mensen met een geschiedenis van bepaalde hartklachten hebben een verhoogde kans op paniekstoornis).

Omgeving

- Onder laag opgeleide mensen komt paniekstoornis meer dan 8 keer zo vaak voor als onder hoog opgeleiden.
- Mensen die hun partner hebben verloren of zijn gescheiden lopen 2 tot 3 keer meer kans op een paniekstoornis dan gehuwden.

- Ook psychosociale factoren, zoals beperkte sociale steun, spelen mogelijk een rol in het ontstaan van een paniekstoornis.

Levensgebeurtenissen

- Belastende levensgebeurtenissen gaan vaak aan het ontstaan van paniekstoornis vooraf. Dit geldt vooral voor vrouwen. Vooral het verlies van iets of iemand ('loss events') hangt samen met het ontstaan van paniekstoornis.
- Ongunstige gebeurtenissen in de jeugd vergroten de kans op een paniekstoornis in de volwassen leeftijd.

Sociale fobie

De incidentie van sociale fobie in de USA wordt geschat op 2%. Van alle Nederlandse vrouwen heeft 10,9 % ooit in haar leven een sociale fobie gehad, voor mannen is dit getal 7,7. De lifetime prevalentie varieert van 3 tot 13 %⁸. 20% van de mensen die hulp vragen bij de huisarts voor een fobie heeft een sociale fobie¹³. Het is de meest voorkomende psychiatrische stoornis¹⁴. Sociale fobie komt even vaak voor bij vrouwen als bij mannen¹⁵.

Sociale fobie wordt gedefinieerd als (DSM-IV): Een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer sociale omstandigheden waarin de persoon te maken heeft met onbekende mensen of mogelijke kritiek. De persoon is bang dat hij/zij zich zal gedragen op een manier (of angstsymptomen vertoont) die vernederend of gênant is¹.

N.B.: Bij kinderen moet er bewijs bestaan dat ze voor hun leeftijd normale relaties met bekenden onderhouden en de angst moet zich voordoen als het kind zich onder leeftijdgenoten bevindt, niet alleen in contacten met volwassenen.

Tabel 8: Diagnostische criteria voor sociale fobie (DSM-IV)²

1. Blootstelling aan de gevreesde sociale situatie leidt tot een onmiddellijke angstreactie; dit kan de vorm aannemen van een situatiegebonden paniekaanval.
2. Een fobische situatie wordt vermeden of kan alleen met intense angst worden doorstaan.
3. Vermijding of spanning interfereert met het functioneren in een beroep of in sociale relaties of betrokkene leidt ernstig door de angst.
4. De betrokken persoon is er van overtuigd dat zijn angst in feite overdreven is en niet in verhouding staat tot het reële gevaar dat hij loopt. De angst mag niet in relatie staan tot een andere as-I-stoornis (bijvoorbeeld trillen in geval van parkinsonisme of stotteren).

Mensen met een sociale fobie vormen geen homogene categorie maar kunnen onder meer aan de hand van de volgende dimensies worden onderscheiden¹⁶:

- sociaal vaardig versus hoge fysiologische arousal
- rationele versus irrationele denkstijl
- weinig vermijding versus sterk vermijding
- angstig bij bekende personen versus angstig bij onbekende personen
- angst in groepen versus angst in gezelschap van slechts één andere persoon

De sociaal fobische cliënt kan op ieder van deze dimensies worden ingedeeld. Niet elke sociale angst of verlegenheid is een sociale fobie.

De volgende angsten vallen onder de sociale fobieën: faalangst; bloosangst; trilangst; braakangst; angst voor grote groepen mensen (demonstraties, menigten et cetera), angst voor eten en drinken in het openbaar; angst voor de andere sekse, angst voor spreken in het openbaar, telefoonvrees.

Sociale fobie heeft niet alleen beperkende gevolgen voor het sociaal functioneren, maar ook het psychisch en fysiek welzijn worden ernstig aangetast. Voor een persoon met sociale fobie zijn relatie- en carrièremogelijkheden kleiner en is de kans op comorbide stoornissen zoals depressie en middelenmisbruik groter^{17,18}. Daarnaast begint de stoornis gewoonlijk op jonge leeftijd en is het verloop chronisch, waardoor mensen met sociale fobie gedurende hun leven lijden onder de negatieve gevolgen. Ongeveer 90% van de mensen met een sociale fobie is bang voor tenminste twee verschillende situaties en 45% voor tenminste drie verschillende situaties¹⁹. De etiologie van sociale fobie is multifactorieel²⁰: biologische- en psychologische kwetsbaarheid, stress-, traumatische- en opvoedingsfactoren interacteren als oorzaak. Een laag opleidingsniveau, een lage effectiviteitverwachting, een laag zelfbeeld en emotionele verwaarlozing in de jeugd blijken risicofactoren te zijn voor het ontwikkelen van sociale fobie²¹.

Diagnostisch proces: differentiatie van angstgerelateerde klachten

Screening

Gezien de aard van de klachten zal slechts een beperkt percentage van de cliënten met angstgerelateerde klachten zich via de DTF met deze klachten melden bij de (psychosomatisch gespecialiseerde) fysiotherapeut.

Bij een somatische presentatie van angstgerelateerde klachten, die hier aan de orde is, gelden de screeningslijsten, behorend bij de presentatie en lokalisatie van de klacht. Aangezien gele vlaggen per definitie aanwezig zijn zal de differentiaaldiagnostiek gericht zijn op:

- reële, stressgerelateerde problematiek, om te beoordelen in hoeverre de gepresenteerde angst hiermee in verhouding is
- somatisatiestoornissen
- psychotische stoornissen; psychotische depressie
- persoonlijkheidsstoornissen

Voorts zal de PSF-er aan de hand van de beslisboom (Bijlage A) beoordelen of er een indicatie voor behandeling is.

Verwijzing

Veel verwijzingen van huisartsen en specialisten met angstgerelateerde klachten zullen niet als zodanig benoemd worden. Hyperventilatie is een veel voorkomende verwijzterm. Na een eventuele korte screening (bij verdenking van een angstgerelateerde klacht) vervolgt de fysiotherapeut het diagnostisch proces zoals hieronder beschreven.

Werkhypothese

Indien een duidelijke diagnose is gesteld door een psycholoog of psychiater volstaat de 4DKL²². De onderstaande beschrijving van het diagnostisch proces volgt de Beslisboom Angstgerelateerde klachten (zie Bijlage A). De PSF-er stelt géén diagnose; er is hier sprake van een procesmatige hypothesevorming. De conclusie is een zogenaamde werkhypothese.

Opgemerkt dient te worden dat zelfs bij gebruik van klinisch gestructureerde interviews, GAS de laagste diagnostische betrouwbaarheid van alle angststoornissen heeft. 90% van de cliënten met een GAS blijkt eveneens een andere DSM IV-as 1 diagnose te hebben, waarvan 70% een stemmingsstoornis.

In de anamnese neemt de fysiotherapeut de tijd om naar de duur en (de context van) de eerste manifestatie van de klachten te vragen.

Voor het vaststellen van de aanwezigheid van angstgerelateerde klachten kan tijdens de anamnese de 4DKL gebruikt worden.

- Bij een score ≤ 4 is een angststoornis zeer onwaarschijnlijk. De anamnese wordt voortgezet gericht op de hoofdklacht van de cliënt.
- Bij een score op de 4DKL tussen 5 en 9 is een angststoornis mogelijk aanwezig, maar niet erg waarschijnlijk. Het verdere proces zal gericht zijn op de hoofdklacht van de cliënt. Na 4 weken wordt afname van de 4DKL herhaald. Indien de score dan opnieuw tussen 5 en 9 ligt wordt nader ingegaan op de angstgerelateerde klachten door middel van het screenende interview volgens Koeter en Van den Brink (STECR)²³.
- Bij een score ≥ 10 is de kans op een angststoornis groot en wordt vervolgd met het mondeling afnemen van het screenende interview volgens Koeter en Van den Brink.

Wanneer de eerste vier vragen van de lijst volgens Koeter en Van den Brink allen met 'NEE' worden beantwoord, is er geen sprake van een angststoornis en wordt de behandeling gericht op de hoofdklacht van de cliënt. Bij minimaal eenmaal het antwoord 'JA' op deze eerste vier vragen, wordt de rest van de screeningsvragenlijst mondeling afgenomen.

Indien op vraag 5 t/m 9 van deze lijst minder dan viermaal 'JA' wordt geantwoord is een angststoornis onwaarschijnlijk en wordt de behandeling gericht op de hoofdklacht van de cliënt. Bij ≥ 4 keer 'JA' is een angststoornis waarschijnlijk.

Er wordt dan vervolgd met de vraag of de klacht korter dan 6 maanden bestaat en of deze is voorafgegaan door een life-event. Zo ja, dan is er sprake van een aanpassingsstoornis met angst. Deze dient in eerste instantie behandeld te worden als overspanning.

Zo nee, stel dan zorgvuldig de vraag “Waar bent u precies bang voor?” en luister geduldig, aandachtig en open naar de cliënt. Het is vaak behulpzaam wanneer de therapeut de cliënt confronteert met de hoge angstscore op de 4DKL. De kans is groot dat de cliënt tijd nodig heeft om het antwoord te formuleren, mogelijk zelfs meerdere sessies.

Indien het antwoord van de cliënt in de buurt komt van ‘alle mogelijke narigheid die het leven kan vergezellen’, kan gedacht worden aan GAS en wordt het therapeutisch proces onder ‘Gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten’ (zie pagina 8) gevolgd.

Als het antwoord van de cliënt te maken heeft met hulpeloosheid bij onwel worden is er waarschijnlijk sprake van agorafobie, welke wordt behandeld volgens het therapeutisch proces beschreven onder ‘Gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten’ (zie pagina 8), dan wel volgens het therapeutisch proces beschreven onder ‘Paniekstoornis’ (zie pagina 11).

Bij antwoorden die te maken hebben met controleverlies, krankzinnig worden of doodgaan, lijkt een paniekstoornis aanwezig. Deze paniekstoornis dient verder gespecificeerd te worden met behulp van de Panic Disorder Severity Scale (PDSS)^{24,25}. Levert invullen van de PDSS een score < 13, dan is er sprake van géén of lichte paniekstoornis en wordt het therapeutisch proces onder ‘Gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten’ (zie pagina 8) gevolgd. Bij een PDSS score ≥ 13 is sprake van een paniekstoornis en wordt het therapeutisch proces zoals beschreven onder ‘Paniekstoornis’ (zie pagina 11) gevolgd.

Als het antwoord van de cliënt gaat in de richting van ‘negatieve beoordeling door anderen’ moet gedacht worden aan sociale fobie, en wordt het therapeutisch proces zoals beschreven onder ‘Sociale fobie’ (zie pagina 13) gevolgd.

Als de cliënt aangeeft bang te zijn voor specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), of het herbeleven van een traumatische gebeurtenis (posttraumatische stressstoornis), of een ernstige lichamelijke ziekte (hypochondrie), of dwanggedachten (obsessieve compulsieve stoornis) dient het verdere onderzoek gericht te worden op de hoofdklacht van de cliënt en wordt eventueel terugverwezen naar de huisarts dan wel doorverwezen naar een psycholoog. Dit in het kader van differentiaaldiagnostiek, maar verder niet uitgewerkt in dit statement.

Overige vragenlijsten:

- De Body Sensation Questionnaire (BSQ)²⁶ is het meetinstrument bij uitstek wanneer men somatische aspecten van angst wil meten. Deze vragenlijst bestaat uit 17 items en meet de angst voor verschillende lichamelijke sensaties, die kunnen optreden tijdens angst of een paniekaanval.
- De Fear Questionnaire (FQ) bestaat uit 21 vragen: één vraag naar de belangrijkste fobie, drie subschalen (agorafobie, sociale fobie en bloedfobie) bestaande uit 15 vragen over vermijding en nog vijf vragen over angst en depressie²⁷. In de Nederlandse populatie werd met de FQ een voldoende betrouwbaarheid en begripsvaliditeit gevonden²⁸. Deze lijst meet snel de ernst van de klinische belangrijkste fobieën (agorafobie, sociale fobie en bloed- en ziekenhuisfobie).

Gedurende de nu volgende inspectie en het lichamenlijk onderzoek dient de fysiotherapeut rekening te houden met het feit dat de gevonden fysieke angstequivalenten zich, gezien de aard van de klachten, bij aanvang ernstiger manifesteren dan in de loop van de verdere behandeling, wanneer een stabiele therapeut-clientrelatie is opgebouwd. Dit geldt zeker wanneer sprake is van een sociale fobie. Indien deze onderdelen stuiten op weerstand van de cliënt, start de PSF-er met enkele basis-interventies waardoor de cliënt zich meer op zijn gemak voelt; eventueel vinden meer bedreigende onderdelen van het onderzoek in een later stadium plaats.

Bij dit onderzoek houdt de cliënt de kleding aan.

Doel van de inspectie, palpatie en het lichamenlijk onderzoek is het beantwoorden van de vraag in hoeverre de bevindingen corresponderen met de eventueel gevonden angst. Voorts tracht de fysiotherapeut een nader aangrijpingspunt (behandelbare grootheid) te vinden voor de interventie.

Inspectie/observatie

De fysiotherapeut observeert de cliënt vanaf de eerste ontmoeting in de wachtkamer tot aan het afscheid aan het eind van de sessie. Hij let hierbij vooral op het gebruik van de cliënt van (zijn lichaam in) de ruimte.

Dit aan de hand van vragen als: Zit de cliënt in een hoek van de wachtkamer, rechtop of in elkaar gedoken? Hoe is de handdruk? Wat is de respons (flight, fight, fright; dissociatie of contact respons)? Hoe gaat hij om met afstand/nabijheid? Hoe zijn de contactfuncties (vooral bij een sociale fobie; eigen lichaamscontact, aarding, contact met de omgeving en anderen)

Loopt hij ferm of met kleine, onzekere passen?

Is er sprake van motorische onrust?

Wat is het globale uitdrukingskarakter van de ademhaling? Is er sprake van een vlakke of gespannen adem?

Hoe reageert de adem bij het spreken, contact maken, emoties, inspanning en rust?

Wat is de algemene indruk?

Palpatie

De fysiotherapeut palpeert de spiertonus van de mm Trapezii, de mm Erectores trunci en van de overige thoracale musculatuur; bij aangegeven hinder vooral de intercostale musculatuur en eventueel de musculatuur van de benen.

Dit gebeurt bij voorkeur in buiklig, rekening houdend met de voorkeur van de cliënt.

Hij palpeert de huid en beoordeelt deze op temperatuur, vochtigheid, oppakbaarheid en verschuifbaarheid, maar minstens zo belangrijk is de beoordeling van de contactreacties van de cliënt, die zich hierbij voordoen.

Functieonderzoek

De fysiotherapeut onderzoekt nu zorgvuldiger in ruglig of, bij veel angst, in buiklig, het adempatroon van de cliënt en registreert of er sprake is van een borst-, flank- dan wel buikademhaling. Tevens krijgt hij een indruk van de ritmiek van de adem (is deze vloeiend dan wel onderbroken) en van de statiek (wat is de diepte of de 'volte' van de adem?)

De MARM methode (Manual Assessment of Respiratory Motion) is hiervoor een bruikbaar instrument²⁹.

Dit is ook een goed moment om de ademfrequentie te meten en de thoracale mobiliteit te beoordelen.

Een 'hyperventilatie provocatietest' (waarbij de therapeut de cliënt laat ervaren dat de angstequivalenten opkomen bij versneld en versterkt ademen) heeft zeker tijdens de eerste paar sessies niet de voorkeur. Bij angstige cliënten weegt het nadeel (sterk gevoel van onveiligheid) niet op tegen het voordeel (informatie over het verloop van een paniekaanval).

Indien de anamnese hier aanleiding toe geeft wordt een inspanningsonderzoek uitgevoerd, zoals de Åstrand test³⁰.

(Noot A)

Therapeutisch proces 1

Gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten

Doelgroep

Voor behandeling komen cliënten in aanmerking met gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten die niet (volledig) voldoen aan de DSM IV criteria, maar daar wel zodanig fysieke hinder van hebben in het dagelijks leven, dat verstoring van het bewegend functioneren dreigt.

Indicatie

- Cliënten met angst- en spanningsgerelateerde klachten waarbij lichamelijke angstequivalenten (bijvoorbeeld ademdysregulatie) centraal staan, complexiteitsniveau 3
- Een score lager dan 5 op 4DKL angstschaal en indien er sprake is van panieklachten tevens een PDSS-SR score lager dan 13.

Relatieve contra-indicatie

- score van 6 t/m 10 op de 4DKL angstschaal (na 4 weken herhalen van de 4DKL; bij gelijke score of stijging contra-indicatie, zie beleid standpunt paniekstoornis)
- psychische of sociale problemen die op de *voorgond* staan (doorverwijzen voor primair probleem)

Contra-indicatie

- een ernstige paniekstoornis (volgens DSM-IV criteria), angst score 4DKL hoger dan 10 en/of PDSS-SR score hoger dan 12)
- een andere (angst)stoornis die de panieklachten beter verklaart
- een organische factor die de klachten in gang heeft gezet of nog in stand houdt
- comorbiditeit van andere psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld 4DKL score >5 op depressie)

Groepstherapie of individuele therapie

In verband met de beperkte interventietijd gaat de voorkeur uit naar een individuele behandeling.

Algemene doelen

- verminderen van de angst- en panieklachten
- voorkomen dat de angst- en panieklachten zich ontwikkelen tot een angststoornis
- voorkomen van een recidief bij personen die van de angst- en paniekstoornis hersteld zijn

(Noot B)

Specifieke doelen en interventies:

De cliënt

1. heeft kennis en inzicht in de aard en ontwikkeling van de gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten
 - **psychosomatische educatie** (noot 1)
2. kan de fysieke gevoelens van spanning en ontspanning, die te maken hebben met angst, onderscheiden
 - **verbeteren van het lichaamsgevoel, de lichaamsbeleving en het bewegend functioneren** (noot 2)
3. kan op een adequate manier betekenis geven aan lichamelijke klachten en signalen
 - **cognitieve herstructurering in relatie tot het bewegend functioneren** (noot 3)
4. is in staat zich te ontspannen
 - **ontspanningstherapie** (noot 4)
5. is zich bewust van eigen inadepatroon, ademregulatie en kan dit corrigeren tot een natuurlijk abdominaal adempatroon
 - **adembewustwording, ademregulatie en mindfulness** (noot 5)

6. heeft vanuit de ervaring van fysieke stabiliteit meer vertrouwen in het eigen lichaam en voelt zich hierdoor ook als persoon sterker en veiliger
 - **aardingsoefeningen ('grounding') en conditieverbetering** (noot 6)
7. heeft zijn angstreacties onder controle, zowel in een beschermde omgeving als in een belastende situatie
 - **interoceptieve exposure en exposure in vivo** (noot 7)

Voor de evaluatie van de behandeling van de equivalenten van deze categorie angstklachten wordt een keus gemaakt uit de volgende vragenlijsten:

- De Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A, Bech *et al*, 1986)³¹. Deze vragenlijst is een semi gestructureerde beoordelingsschaal die de afgelopen 72 uur betreft. De schaal omvat 14 items die gescoord worden van 0 tot 4. De operationalisering van de criteria is door Bech *et al* (1986) uitgewerkt. De HAS meet hoofdzakelijk algemene angst. Bech *et al* (1986) hebben ook een aanpassing gemaakt waardoor ook paniekangst gemeten kan worden. De schaal omvat een dimensie somatische angst en een dimensie psychische angst. De tussenbeoordelaar betrouwbaarheid is behoorlijk. Er is een overlap met depressieschalen. Deze schaal wordt vooral gebruikt in (psychofarmacologisch) effectonderzoek.
- De *Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV)* (van der Ploeg *et al*, 1980)³² is een bewerking van Spielberger's State Trait Anxiety Inventory (STAI) en meet algemene angst. De lijst bestaat uit 2 schalen: *toestandsangst* verwijst naar de angst op het moment van invullen; *angstdispositie* betreft de meer continue aanwezigheid van angst. Beide dimensies omvatten 20 items die met een vierpuntsschaal worden ingevuld lopend van niet tot zeer veel (toestandsangst), resp. bijna nooit tot bijna altijd (angstdispositie); de schalen zijn consistent, maar correleren onderling. De lijst is geschikt om fluctuaties in het angstniveau te meten.

Therapeutisch proces 2

Paniekstoornissen

Doelgroep

Mensen die voldoen aan de DSM IV criteria voor een paniekstoornis en die daarbij zoveel fysieke hinder ondervinden dat zij verstoord worden in hun bewegend functioneren.

Indicatie

Cliënten met een paniekstoornis waarbij lichamelijke angstequivalenten op de voorgrond staan, complexiteitsniveau 4.

Cliënten met een (herhaalde) score van hoger dan 10 op de angstdimensie van de 4DKL. Voorts scoren zij positief op de vragenreeks van Koeter en van den Brink en is de score op de PDSS 13 of hoger. Cliënten hebben angst voor controleverlies, om krankzinnig te worden en/of om dood te gaan.

Contra-indicatie

- een andere (angst)stoornis die de panieklachten beter verklaart
- een organische factor die de klachten in gang heeft gezet of nog in stand houdt
- comorbiditeit van andere psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld 4DKL score >5 op depressie)
- aanwijzing voor een depressie; deze dient eerst behandeld te worden.

Algemene doelen:

- De cliënt kan de paniekstoornis en de bijbehorende fysieke klachten herkennen
- De cliënt kan de paniekstoornis en de bijbehorende fysieke klachten adequaat hanteren.

(Noot C)

Specifieke doelen en interventies

De cliënt:

1. heeft kennis en inzicht in de aard en ontwikkeling van de paniekstoornis.
 - **psychosomatische educatie** (noot 8)
2. kan de fysieke gevoelens van spanning en ontspanning, die te maken hebben met de angst, onderscheiden.
 - **communicatieve massage en communicatief bewegen** (noot 9)
3. kan een adequate betekenis geven aan lichamelijke klachten en signalen.
 - **herkadering** (noot 10)
4. is in staat zich te ontspannen.
 - **ontspanningstherapie** (noot 11)
5. is zich bewust van het eigen inadequate adempatroon en kan dit corrigeren tot een natuurlijk abdominaal adempatroon.
 - **adembewustwording en ademtherapie** (noot 12)
6. heeft vanuit de ervaring van fysieke stabiliteit meer vertrouwen in het eigen lichaam en voelt zich hierdoor ook als persoon sterker en veiliger.
 - **aardings (of: "groundings-")oefeningen** (noot 13)
7. heeft zijn angstreacties onder controle, zowel in een beschermde omgeving als in een belastende situatie
 - **exposure** (noot 14)
8. kan de aandacht selectief richten (concentreren) op een beperkte hoeveelheid zintuiglijke prikkels, gericht op het hier en nu.
 - **taakconcentratietraining** en **mindfulness** (noot 15)

Hoewel niet al deze doelstellingen in elke therapie even belangrijk zijn, zullen de nummers 1,2,3,4,5 en 7 in de meeste gevallen een onderdeel van de therapie zijn. Ook interfereren verschillende doelstellingen.

Voor de evaluatie van de behandeling van de equivalenten van een paniekstoornis wordt een keus gemaakt uit de volgende vragenlijsten, zie pagina 19 voor een beschrijving:

- De Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A, Bech *et al*,1986)³¹
- De Body Sensation Questionnaire (BSQ)²⁶

Therapeutisch proces 3

Sociale fobie

Doelgroep

Cliënten met een sociale angst, met of zonder subassertiviteit, die zich manifesteert in stressgerelateerde klachten, vermijdingsgedrag en/of subassertief gedrag in verschillende sociale situaties.

Indicaties:

- 4DKL score op angst > 4
- score screenend interview Koeter en Van den Brink > 4 keer 'JA'
- De cliënt heeft geen weerstand tegen lichaamsgerichte en interactionele interventies.
- De cliënt heeft geen weerstand tegen lichamelijk contact en bewegingsactiviteiten.
- De cliënt is enigszins in staat om de confrontatie aan te gaan met sociaal fobische symptomen in interactieve situaties.
- Bij deelname in een groep is de cliënt gemotiveerd om in een groep te participeren
- De cliënt heeft een duidelijke en aanhoudende angst om negatief beoordeeld te worden door anderen.
- Er is geen comorbiditeit van andere psychiatrische aandoeningen.

Contra-indicaties

Comorbiditeit van andere psychiatrische aandoeningen. Grote weerstand tegen lichaamsgerichte en interactionele interventies. Extreme moeite met lichamelijk contact en bewegingsactiviteiten. Onoverkomelijke moeite met confrontatie sociaal fobische symptomen in interactiesituaties.

Einddoel

De cliënt presenteert zich zichtbaar adequater en kan zich begeven en fysiek handhaven in voor hem voordien angstige en stressvolle sociale situaties.

(Noot D)

Specifieke doelen en interventies

De cliënt:

1. heeft kennis van en inzicht in de aard en ontwikkeling van sociale fobie (Noot 16).
 - **psychosomatische educatie**
2. ervaart een verbetering van de lichaamsbeleving en de lichaamsbewustwording (Noot 17).
 - **interoceptieve exposure**
 - **ontspanningstherapie, ademtherapie en geleide fantasie**
 - **groundingsoefeningen**
 - **taakconcentratie**
3. kan adequater omgaan met gevoelens en emoties (Noot 18).
 - **non-verbale en paraverbale expressieve bewegingstherapie**
 - **integratieve bewegings- en lichaamstherapie**
4. ervaart een toename van het zelfvertrouwen en van de zelfwaardering (Noot 19).
 - **medische fitness**
 - **lichamelijke activiteiten**
 - **runningtherapie**
5. ervaart een verbetering van de contactfuncties (Noot 20).
 - **interactie- interventies uit het communicatief bewegen en communicatieve massage**
 - **exposure in vivo**
 - **uitnodigingen tot gedragsexperimenten en (beperkte) zelfonthulling**
 - **het geven van bekrachtiging en feedback via doelgerichte contextmanipulatie**
 - **de grensoefeningen volgens Pesso**

- **haptische ringopbouw volgens Noske Fabius**
- **ontwikkeling middelste en bovenste ruimte ervaarbare adem (uitbreiding relationele interventies)**
- **nonverbale en paraverbale expressieve (bewegings)therapie**
- **bio-energetica**
- **integratieve bewegings- en lichaamstherapie**
- **spiegel oefeningen en videoconfrontatie**

Voor de evaluatie van de behandeling van sociale fobie komen drie gevalideerde zelfbeoordelingsvragenlijsten in aanmerking:

- De *Sociale Angst Schaal (SAS)*³³ bestaat uit 24 items. De lijst vraagt naar emotionele reacties en cognities in verschillende soorten interacties, namelijk in situaties waarin men opvalt, in situaties waarin men wordt beoordeeld, in nieuwe en onverwachte situaties en in gezelligheidssituaties en informele contacten.
- De *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)*³⁴ bestaat uit een lijst van 35 sociale interacties, die moeten worden gescoord op ervaren spanning en frequentie. De validiteit en betrouwbaarheid van de lijst zijn goed. Het concept dat door de IOA gemeten wordt, is breder dan sociale fobie.
- De *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)*²⁸; lijkt erg op de IOA. De lijst beschrijft 50 gedragingen die elk moeten worden gescoord op ervaren spanning en frequentie. Ook van deze vragenlijst zijn de psychometrische eigenschappen goed.

Totstandkoming

Dit statement is tot stand gekomen op initiatief van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek, waarvoor vooral dank aan M. Rumke, M. van Veelen en N. Mulders. Voor de totstandkoming van dit statement danken wij tevens de 25 deelnemende psychosomatisch fysiotherapeuten voor hun bijdragen tijdens de werkconferentie in 2008.

NOTEN

Diagnostisch proces

Noot A

De 4-Dimensionale Klachten Lijst (4DKL)²² heeft als doel stresssymptomen te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. De vragenlijst kan zowel worden gebruikt bij wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk.

De 4DKL meet vier dimensies van psychopathologie: Distress, Depressie, Angst en Somatisatie. De Distressschaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie). De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities. De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst. De Somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten.

Deze vragenlijst is voortgekomen uit onderzoek naar psychosociale problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg. De meest voorkomende problematiek in deze setting is stress gerelateerd, te benoemen als spanningsklachten wanneer het sociaal functioneren nog redelijk intact is, of surmenage (overspanning) wanneer het sociaal functioneren is verstoord. Het klachtenpatroon van patiënten met spanningsklachten of surmenage wordt gekenmerkt door a-specifieke 'distress'-klachten. Deze klachten blijken goed te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. Met behulp van de 4DKL kan daarom een goed onderscheid worden gemaakt tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen^{22,35}.

De interne consistentie van de 4DKL is hoog, variërend van .84 tot .94 en ook de test-hertestcorrelatie is hoog, variërend van .89 tot .94. De betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit van de 4DKL werden voldoende beoordeeld, de begripvaliditeit werd goed beoordeeld³⁵.

Het **screenend interview volgens Koeter en Van den Brink**²³ is een vragenlijst die is gevalideerd voor gebruik in de eerste lijn. Het stellen van vier vragen is voldoende als er geen aanwijzingen zijn voor depressie of angststoornis. Als daar wel aanwijzingen voor zijn, worden een aantal aanvullende vragen gesteld, zie tabel I.

Tabel I Screenend interview (STECR werkwijzer, 2006)³⁶

Angst / algemeen

1. Voelt u zich (de laatste tijd) opgejaagd, gespannen? Ja/Nee
2. Hebt u zich (de laatste tijd) veel zorgen gemaakt? Ja/Nee
3. Bent u (de laatste tijd) prikkelbaar? Ja/Nee
4. Kunt u zich (de laatste tijd) moeilijk ontspannen? Ja/Nee
 - GA DOOR bij 'ja' op tenminste één vraag.
 - STOP bij geen enkele 'ja'-antwoord. Geen angst, geen depressie.
5. Hebt u (de laatste tijd) slecht geslapen? Ja/Nee
6. Hebt u (de laatste tijd) hoofdpijn of pijn in uw nek? Ja/Nee
7. Hebt u (de laatste tijd) last gehad van:
Trillen, tintelingen, duizeligheid, zweten of diarree? Ja/Nee
8. Hebt u zich (de laatste tijd) veel zorgen gemaakt over uw gezondheid? Ja/Nee
9. Hebt u (de laatste tijd) moeite gehad met in slaap komen? Ja/Nee
 - Als 4 of meer 'ja': **ANGSTSTOORNIS WAARSCHIJNLIJK.**
 - Ga door met de depressievragen.

Depressie

1. Bent u (de laatste tijd) futloos geweest? Ja/Nee
2. Hebt u (de laatste tijd) minder belangstelling voor dingen? Ja/Nee
3. Hebt u (de laatste tijd) het vertrouwen in uzelf verloren? Ja/Nee
4. Hebt u (de laatste tijd) de hoop verloren? Ja/Nee
 - GA DOOR bij 'ja' op tenminste één vraag.
 - STOP bij geen enkel 'ja'.
5. Hebt u (de laatste tijd) moeite met concentreren? Ja/Nee
6. Bent u (de laatste tijd) afgevallen door een slechte eetlust? Ja/Nee
7. Wordt u (de laatste tijd) 's morgens te vroeg wakker? Ja/Nee
8. Hebt u (de laatste tijd) het gevoel dat u trager bent? Ja/Nee
9. Lijkt het er (de laatste tijd) op dat u zich 's morgens slechter voelt dan 's avonds? Ja/Nee
 - Bij 2 of meer 'ja': **DEPRESSIEVE STOORNIS WAARSCHIJNLIJK.**

De **Panic Disorder Severity Scale**^{24,25} is een vragenlijst die ontworpen is voor het meten van de ernst van een paniekstoornis. De PDSS bestaat uit 7 items die gescoord worden op een 5-puntsschaal. Het is een betrouwbare meting voor het evalueren van effecten van behandeling. De vragenlijst meet onder andere paniek frequentie, distress tijdens paniek, vermijding van situaties, vermijding van fysieke sensaties en beperkingen in maatschappelijk en sociaal functioneren. Bij gebruik in de eerstelijns kan een cut-off score van 8 voor het screenen van cliënten met een paniekstoornis. Download de Nederlandse versie van de vragenlijst: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/PDSS_2_.pdf (Nederlandse versie van E. de Beurs (2002), onderzocht door Van der Meer en Burgerhout (2004³⁷)).

De Manual Assessment of Respiratory Movement (MARM) lijkt een betrouwbare en valide meting voor het evalueren en kwantificeren van het adempatroon. Het instrument moet nog verder onderzocht worden tijdens gebruik bij cliënten met daadwerkelijke afwijkingen in het adempatroon, in plaats van bij deelnemers die adempatroon veranderingen simuleren^{31,38}.

Therapeutisch proces 1

Gegeneraliseerde angstklachten en panieklachten met of zonder agorafobie of dwangklachten

Noot B

In de bestudeerde richtlijnen voor psychotherapie gaat de voorkeur voor de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis uit naar cognitieve therapie als eerste interventie³⁹. Gezien de aard van de stoornis, piekeren en veel rampgedachten hebben, ligt dit voor de hand. Bij onvoldoende resultaat kan de cognitieve therapie gecombineerd worden met anxiety management, applied relaxation en/of exposure. Bij lichte problematiek kan zelfhulp als 1^e stap worden ingezet⁴⁰. Aangezien een verhoogde spierspanning bij cliënten met gegeneraliseerde angst- of panieklachten is aangetoond is ontspanningstraining een logische interventie⁴¹. De voorkeursbehandeling van de lichte paniekstoornis is het standaard toepassen van basisinterventies psycho-educatie, activeren, dagstructureren en het tegengaan van vermijding. Als volgende stap in het stepped care model wordt zelfhulp toegepast en bij onvoldoende resultaat cognitieve gedragstherapie (CGT).

Zelfhulp, als voorkeursinterventie bij angstklachten bestaat uit basale uitleg inzichten over angst, eenvoudige cognitieve therapie, ontspanningsoefeningen en exposure in vivo oefeningen⁶. Zelfhulp is iets effectiever dan geen therapie en is met minimale begeleiding tevens effectiever dan zonder begeleiding^{42,43}. Een review over de meerwaarde van effectiviteit van begeleide zelfhulp voor angstklachten in de 1^e lijn boven de gouden standaard (CGT uitgevoerd door deskundigen), suggereert dat effecten voor beide vergelijkbaar zijn. De kanttekening wordt gemaakt dat de deelnemende cliënten, mogelijk relatief lichte klachten hebben. De begeleide zelfhulp werd in het onderzoek door huisartsen gegeven, hierbij wordt echter opgemerkt dat het de huisartsen niet goed lukt om de nodige begeleiding te geven in verband met het niet kunnen toepassen van de interventies en/of door tijdgebrek⁴⁴.

Ongeveer 60-80% van de mensen met een paniekstoornis met agorafobie blijkt baat te hebben bij interoceptieve exposure, gevolgd door situationele exposure of exposure in vivo. Dit geldt met name wat betreft de vermijdingsklachten⁴⁵⁻⁴⁹. Een review over meta-analyses concludeert dat soms exposure-based gedragstherapie net zo goed werkt als een gecombineerde cognitieve gedragstherapie, maar dat de gecombineerde cognitieve gedragstherapie voor de meeste angststoornissen de aangewezen psychologische aanpak is⁵⁰.

Wanneer echter angst voor paniek op de voorgrond staat geniet paniekmanagement de eerste voorkeur, als onderdeel van cognitieve gedragstherapie. Het beheersen van angstequivalenten blijkt meer dan cognitieve gedragstherapie effectief in het reduceren van de paniekaanvallen, maar ook in het terugdringen van catastroferende gedachten en het verbeteren van zelfvertrouwen⁵¹. Bij onvoldoende resultaat van de cognitieve gedragstherapie wordt het beleid toegepast zoals verder in het standpunt beschreven bij paniekstoornis.

De behandelingsmogelijkheden van de PSF zullen vooral gericht zijn op de mildere vormen van deze categorie angstklachten. De psychosomatisch fysiotherapeut heeft in tegenstelling tot de huisarts voldoende tijd voor de begeleiding en beheerst de interventies. Deze zijn laagdrempelig en kunnen escalatie van de angstklachten voorkomen.

De eerder genoemde cursus 'Geen Paniek' blijkt ook effectief geïmplementeerd te kunnen worden binnen de PSF. In 2009 heeft Annelies Soels-Roos dit in een kleine pilot aangetoond. De panieklachten bleken al na 3 sessies met 75% significant te zijn verminderd; een daling die zich gedurende de laatste 3 sessies voortzette. Agis Achmea vergoedt deze toepassing voor de PSF⁵². Gezien de lichte problematiek zal de samenwerking meestal beperkt blijven tot rapportage aan de huisarts. In geval van verstoringe psychosociale problematiek of onvoldoende resultaat zal overleg plaatsvinden over eventuele medicatie en/of doorverwijzing naar maatschappelijk werk/psycholoog/psychotherapeut.

Individuele behandeling is gezien de korte contactduur het meest praktisch voor de 1^e lijn:

- aantal : vijf tot zeven contacten (intake + 4-6 behandelingen)
- frequentie : eenmaal per week (45 minuten) gedurende 4-6 weken (mogelijk zinvol om de 1^e 2 sessies in één week te plannen; het laatste contact na 2-3 weken)

Noot 1

Psycho(somatische) educatie

De psychosomatische educatie zal vooral gericht zijn op voorlichting over de vicieuze cirkel van angst-(lichamelijke)stressreactie - vermijdingsgedrag - negatieve cognities - toename van angst - stress reacties. Vervolgens hoe deze door psychosomatische interventie kan worden doorbroken.

Hierbij wordt informatie gegeven over:

- paniek -en angstklachten
- levensstijl
- stressbronnen
- ontspanningsoefeningen
- gedachten en angst

De informatie kan schriftelijk en mondeling worden verstrekt, er kan worden verwezen naar internet sites. Ook kan gebruik worden gemaakt van DVD's van cliënten met ervaring op het gebied van angst en therapie.

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen voor het effect van psychoeducatie voor angstklachten^{44,53,54}. In de zorgprogramma's van Altrecht⁵⁵, Buiten Amstel en het Stepped Care Angst programma Almere⁵³ is psychoeducatie een aanbeveling.

Ook de NHG-standaard adviseert psychoeducatie⁵⁶. In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen wordt psychoeducatie aanbevolen vanuit cliëntenperspectief (pag. 228-230)⁶.

De werkgroep is van mening dat psychoeducatie bij GAS ook met succes kan worden toegepast door de PSF-er.

Noot 2

Communicatieve massage en communicatief bewegen

Belangrijke doelstellingen in het kader van GAS en milde panieklachten zijn het herkennen van de fysiologie, het herstel van het lichaamscontact en het faciliteren van expressies. De cliënt wordt vanuit een veilige behandelingsituatie uitgenodigd contact te maken met de therapeut en het contact met het eigen lichaam te herstellen. Angstreacties hierbij worden besproken en indien de ervaring positief is wordt deze bevestigd.

Deze technieken zullen meestal aangeboden worden ter voorbereiding op een adem- of ontspanningsoefening, als de directe confrontatie met het lichaam nog te bedreigend is.

Evidentie:

Op basis van empirie is de werkgroep van mening dat deze bij uitstek fysieke interventie een waardevolle bijdrage is in het begeleiden van cliënten met angstklachten.

Noot 3

Ontspanningstherapie

- autogene training
- progressieve relaxatie van Jacobson en applied relaxation (AR) volgens Öst
- methode Mitchell
- ontspanningsinstructie volgens van Dixhoorn
- sensorelaxatie

Evidentie:

Twee meta-analyses^{57,58} en een RCT⁵⁹ hebben aangetoond dat autogene training effectief is bij angststoornissen en angstgerelateerde klachten. Bij cliënten met een negatieve lichaamsbeleving wordt deze methode niet aanbevolen. De sterke concentratie op mogelijk negatief ervaren lichaamsdelen kan de angstklachten verergeren.

Het is aangetoond dat applied relaxation volgens Öst effectief is bij GAS. In een studie uit 2000 vergelijkt Öst de applied relaxation met cognitieve gedragstherapie bij GAS; het effect bleek vergelijkbaar. Het percentage klinisch significante verbetering bij AR bedraagt 53% (67% in de follow up) tegenover 62% (follow up 56%)⁶⁰. Ook Borkovec en Costello (1993) vonden positieve resultaten⁶¹. De resultaten van Öst werden later bevestigd door Conrad *et al* (2008)⁶². Borkovec *et al* (2002) vergelijken cognitieve gedragstherapie met AR (gecombineerd met zelf gecontroleerde desensitisatie) en cognitieve herstructurering. Deze 3 interventies toonden een groot en vergelijkbaar effect (2.38–

2.95; 24 maand follow up: 2.31–2.67)⁶³. Arntz (2003)⁶⁴ vond een iets beter effect van AR na één maand ten opzichte van cognitieve therapie, waar de effecten van beiden na 6 maanden gelijk waren getrokken.

In een studie van Hoyer *et al* (2009)⁶⁵ werd een vergelijkbaar positief effect gevonden voor AR als voor 'worry exposure' in de behandeling van GAS.

53% van de cursisten van de cursus "Geen Paniek" (milde-matige panieklachten) geeft aan veel aan de ontspanningsoefeningen te hebben gehad⁶⁶.

De ademmethode van Van Dixhoorn wordt vaak indirect toegepast, als ontspanningsinstructie, met ademregulatie als secundair doel. Van Dixhoorn heeft de effectiviteit van zijn methode aangetoond bij hartpatiënten^{67,68}. Het feit dat bij deze cliëntencategorie veel angst en paniek voorkomt maakt dat de werkgroep, gecombineerd met empirische evidentie, van mening is dat de methode ook met succes toegepast kan worden bij cliënten met GAS.

Ontspanning als copingvaardigheid wordt ook wel ingezet als onderdeel van psychologisch paniekmanagement. In de Multidisciplinaire richtlijn wordt dit 'Panic Control Treatment' (PCT) genoemd⁶. Hoewel de effectiviteit hiervan niet is aangetoond bij panieklachten acht de werkgroep deze interventie zinvol⁶⁹.

Noot 4

Adembewustwording en ademregulatie en mindfulness

De psychosomatisch fysiotherapeut kan gebruik maken van de methodieken:

- de 'natuurlijke adem' volgens Balfoort;
- 'adembewustwording en ademinstructies' volgens van Dixhoorn;
- 'de ervaarbare adem' volgens Middendorf;
- Mindfulness

Adembewustwordingstechnieken, ademregulatie en mindfulness vormen een essentieel onderdeel in de begeleiding van cliënten met GAS en panieklachten door de PSF'er.

Adembewustwording bij GAS en panieklachten heeft als doel het zich bewust worden van het ademen en van de reacties van de angst op het ademen. Uit de mindfulness methode komen voor de GAS vooral de ademmeditatie, lichaamsscans en zitmeditatie als formele aandachtsvormen in aanmerking.

Evidentie:

Voor mindfulness, als onderdeel van breathing retraining en aanvullend aan CGT, is aangetoond dat deze methode effectief is bij angstklachten⁷⁰⁻⁷³. Een recente RCT vond effect sizes van 0.32 tot 0.76 voor Mindfulness based stress reduction in patiënten met GAS. Bij follow-up metingen na 6 maanden bleken deze effecten behouden⁷⁴.

Onderzoek van Roemer en Orsillo toont aan dat de abdominale ademhaling, zoals o.a. nagestreefd wordt in de mindfulness methode, de activiteit van de N. Vagus verhoogt⁷⁵. De N. Vagus zorgt, als belangrijkste zenuw van het parasympatisch zenuwstelsel, voor een toestand van rust, faciliteert de opbouw van weefsel en herstelmecanismen en bevordert de aandacht en de regulatie van het affect. Ademregulatie wordt evenals ontspanningstherapie beschreven als onderdeel van paniekmanagement in de eerder genoemde Panic Control Treatment (PCT), die ook aanbevolen wordt in de NHG-Standaard Angststoornissen⁵⁶.

Bij de succesvolle implementatie van de cursus 'Angst de baas' van het Trimbos Instituut wordt door de PSF'er een accent gelegd op de adem- en lichaamsbewustwording, waardoor de effectiviteit mogelijk toeneemt⁷⁶. Het is aannemelijk dat ademregulatie en mindfulness effectief zijn bij GAS. De werkgroep is van mening dat deze technieken effectief toegepast kunnen worden door de PSF'er.

Noot 5

Aardingsoefeningen ('grounding') en conditieverbetering

- **Aardingsoefeningen**

Geaard zijn verschaft de cliënt met panieklachten en/of gegeneraliseerde angstklachten, bij wie het contact met het eigen lichaam is verstoord, weer fysieke identiteit. Hierdoor groeit de ervaring van het recht om er te zijn, met stabiliteit en vastigheid. De angstige cliënt die aardingsoefeningen doet verlaagt zijn zwaartepunt waardoor een gevoel van veiligheid ontstaat of toeneemt.

Aardingsoefeningen kunnen fungeren als basis en voorbereiding op verdere therapeutische interventies.

Evidentie:

De werkgroep is van mening dat aardingsoefeningen een essentieel onderdeel vormen in de behandeling van cliënten met GAS en panieklachten.

- **Conditieverbetering**

Er zijn aanwijzingen dat het fitheidsniveau van cliënten met angststoornissen onder het te verwachte niveau ligt. Bij angstpatiënten is sprake van lichamelijke de-conditionering⁷⁷.

Evidentie:

Het is aangetoond dat lichamelijke inspanningen een positief effect hebben op de angststoornissen en angstbeleving. Aërobe oefenvormen (lopen en wandelen, aerobic, fitness) hebben een groter angstreducerend effect dan anaërobe oefenvormen (ES 0.15 – 0.56)⁷⁸. Naarmate mensen meer angstig en minder vitaal zijn is het effect groter⁷⁹⁻⁸⁴. Op basis van het beperkte aantal studies kan als richtlijn gesteld worden dat het oefenprogramma minimaal 8 weken moet worden volgehouden met een oefenfrequentie van 3 keer per week.

Het is aannemelijk dat fysieke activiteiten een positief effect hebben op toestandsangst (toestandsangst is voorbijgaande angst die optreedt als onmiddellijke reactie op een stressor). De effecten zijn voornamelijk van psychofysiologische aard (vermindering van spierspanning, verlaging van de bloeddruk en rust pols en corticale activatie) en het grootste door aërobe activiteiten van minimaal 20 tot 30 minuten. De effecten zijn kortdurend (\pm 5 uur)^{85,86}. Ook is aannemelijk dat fysieke activiteiten een positief effect hebben op angstdispositie bij angstige cliënten^{87,88}. Angstdispositie verwijst naar de aanleg om in bepaalde situaties te reageren met toestandsangst. Ook hier zijn het aërobe activiteiten die een angst reducerend effect hebben wanneer het oefenprogramma minimaal 8 weken wordt volgehouden met een frequentie van 3 sessies per week. Een hogere frequentie (5 tot 7 sessies) geeft geen significante verbetering. Frequenter oefenen kan fungeren als stressor waardoor de angstdispositie wordt versterkt. Een oefentijd van 15-30 minuten bij een submaximale intensiteit (60 tot 80% van de V02max) wordt aanbevolen⁸⁹.

Noot 6

Cognitieve herstructurering in relatie tot het bewegend functioneren

Het doel van cognitieve herstructurering is de cliënt te leren automatische, catastroferende gedachten in relatie tot het bewegend functioneren herkennen, te corrigeren en te ontcrachten. Vervolgens worden rationele alternatieve gedachten geformuleerd en in gedrag toegepast. Dit gebeurt zonder in een rechtstreekse discussie te raken, op een 'socratische' wijze.

Door middel van 'worry exposure' wordt getracht het piekeren en tobben te verminderen.

Evidentie:

Voor de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis wordt in de psychotherapie cognitieve therapie als hoofdbehandeling aanbevolen^{6,39,50}.

61% van de cursisten van de cursus "Geen Paniek" (GGNet) meldt veel te hebben gehad aan de oefeningen om de gedachten te veranderen⁶⁶.

Preventief ingrijpen, blijkt een positief effect te hebben op het voorkomen van een angststoornis, op comorbiditeit en kwaliteit van leven. Gerandomiseerd onderzoek door het Trimbos-instituut naar de groepscursus 'Geen Paniek', gegeven tussen 2005 en 2007, laat zien dat deze preventieve interventie voor mensen met lichte tot matige panieklachten positieve effecten heeft op panieklachten⁶⁶. Hoyer e.a. (2009) vonden een positief effect van 'worry exposure' bij GAS⁶⁵.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan tevens geschaard worden onder de cognitieve herstructurering. Er is nog onvoldoende bewijs dat ACT beter werkt dan andere benaderingen zoals cognitieve gedragsmatige therapie, maar de eerste resultaten van studies naar de effectiviteit van ACT bij depressie en angst zijn veelbelovend⁹⁰⁻⁹⁴. Het is aannemelijk dat ACT een waardevolle bijdrage is bij het verminderen van angstgerelateerde klachten en dat deze methodiek kan worden toegepast door de PSF-er.

Het is aangetoond dat cognitieve herstructurering effectief is bij gegeneraliseerde angstklachten. De werkgroep is van mening dat toepassing van (elementen uit de) cognitieve herstructurering door de PSF-er een waardevolle bijdrage is in diens begeleiding van cliënten met GAS en panieklachten.

Noot 7

Gedragmatige herstructurering in relatie tot het bewegend functioneren

Dit is het toepassen van de aangeleerde copingvaardigheden d.m.v. **interoceptieve exposure en exposure in vivo** (of situationele exposure)

De angst veroorzakende lichamelijke sensaties worden bewust opgewekt door oefeningen of gedachtes en worden onder controle gebracht met de aangeleerde coping. Daarna wordt dit geoefend in situaties die de lichamelijke klachten oproepen in oplopende volgorde van moeilijkheidsgraad.

Evidentie:

Het is aangetoond dat exposure in vivo effectief is bij behandeling van angstklachten⁴⁵⁻⁴⁹. Ook interoceptieve exposure is effectief gebleken bij GAS en wordt geadviseerd als onderdeel van paniekmanagement^{6,95}. De werkgroep is van mening dat ook de psychosomatische fysiotherapeut beide vormen van exposure in de context van het bewegend functioneren goed kan inzetten bij cliënten met GAS en panieklachten.

Therapeutisch proces 2

Paniekstoornissen

Noot C

De gangbare psychotherapeutische behandeling van een paniekstoornis bestaat uit cognitieve gedragstherapie (CGT) of medicatie⁹⁶. Beide werken even goed, ze versterken elkaar onderling niet qua effectiviteit⁹⁷. Wel blijkt de uitval bij farmacotherapie groter te zijn dan bij CGT. Bij de therapiekeuze kan de voorkeur van de patiënt in deze doorslaggevend zijn. Wanneer tevens een matige tot ernstige agorafobie aanwezig is, is een combinatie van medicijnen en een psychologische behandeling de beste keuze⁹⁸. Bij een paniekstoornis (eventueel met lichte agorafobie) en een ernstige depressie begint de behandeling met antidepressiva.

De rationale van de therapie bij paniekstoornissen is het terugdringen van de verwachting van een escalatie van de angst aan het begin van een aanval. Aangezien het werkingsmechanisme van een effectieve interventie bij een paniekstoornis voorsnog niet duidelijk is, prevaleert een pragmatisch argument in de bespreking ervan⁹⁹⁻¹⁰¹.

Zelfhulp, vaak gesuggereerd in afwachting van een intensievere therapie, bestaat uit psychoeducatie, adviezen en oefeningen, waaronder ontspannings- en exposure oefeningen uit een boekje, handleiding of via het internet. Zelfhulp is iets effectiever dan geen therapie en is met een minimale begeleiding tevens effectiever dan zonder deze begeleiding⁴²⁻⁴⁴. Indien na 2 maanden geen verbetering is opgetreden wordt cognitieve gedragstherapie of medicatie geadviseerd.

Ongeveer 60 tot 80% van de mensen met een paniekstoornis met agorafobie blijkt baat te hebben bij interoceptieve exposure, gevolgd door situationele exposure of exposure in vivo. Dit geldt vooral voor de vermijdingsklachten^{45,46,49}. Ook cognitieve herstructurering en relaxatie blijken effectief⁴⁸.

Wanneer echter angst voor paniek en de paniekaanvallen regelmatig optreden geniet paniekmanagement de eerste voorkeur, als onderdeel van cognitieve gedragstherapie.

Het beheersen van angstequivalenten blijkt, meer dan CGT, effectief in het reduceren van de paniekaanvallen, maar ook in het terugdringen van catastroferende gedachten en het verbeteren van het zelfvertrouwen^{51,102}.

Een recente ontwikkeling binnen de CGT ("de derde generatie CGT") is die van de Acceptance and Commitment Therapy, ontwikkeld door Steven Hayes^{90-94,103}. Behalve voor diverse andere psychische klachten is deze therapie goed toepasbaar bij paniekstoornissen. Hierbij is het doel de acceptatie van de angst- en paniekgevoelens in plaats van de strijd tegen ze aan te binden en ze te elimineren. Een voortvloeiende hiervan is de mindfulness therapie.

De behandelingsmogelijkheden van de PSF bij paniekstoornissen sluiten aan op de cognitieve gedragstherapie. Veel onderdelen van de CGT passen naadloos in het concept van de PSF. Met het oog op de vele lichamelijke klachten en de centrale rol hiervan bij het ontwikkelen van een vicieuze cirkel kan de psychosomatische fysiotherapeut als laagdrempelige zorgaanbieder een belangrijke functie vervullen.

De setting van een PSF leent zich uitstekend voor exposure in vivo, met als invalshoek de lichaamsbeleving en het bewegend functioneren. Het leren identificeren en vervolgens beheersen van de fysieke uitingen van de paniekstoornis door de PSF'er is een laagdrempelige invulling van paniekmanagement^{78,104}. Ook de begeleiding in het omgaan met de (bij)werkingen van de medicatie valt hieronder; het is daarom wenselijk dat de fysiotherapeut zich hiervan op de hoogte stelt. Tevens wordt het lichaamscontact verbeterd en wordt de cliënt getraind in het richten van de aandacht op (werk-)taken. Dit laatste sluit ook aan bij de Acceptance and Commitment Therapy. Mindfulness, de hieruit voortvloeiende therapie, beoogt cliënten bij uitstek te trainen in het focussen van de aandacht¹⁰⁵. Bij deze therapievorm is het inzetten van de therapeutische relatie kenmerkend. Dit ook binnen de PSF belangrijke therapeutisch instrument kan gezien de behoefte aan veiligheid bij cliënten met een paniekstoornis, ook hier adequaat worden ingezet^{7,106}.

PSF heeft ten slotte als bijkomend voordeel dat deze al gestart kan worden wanneer cliënten nog niet geplaatst kunnen worden voor psychotherapie, als begeleiding van de zelfhulp.

Samenwerking en afstemming van de behandeldoelen vindt plaats met de behandelend psycholoog of psychotherapeut. Bij een DTF-screening wordt bij aanwijzingen voor een ernstige paniekstoornis contact opgenomen met de huisarts en een voorstel gedaan voor verwijzing naar een psycholoog dan wel psychotherapeut voor (mede-)behandeling.

Met het oog op het creëren van een veilige omgeving en een op de cliënt toegespitste lichamelijke benadering is de werkgroep van mening dat een individuele behandeling de voorkeur heeft⁹⁷.

- aantal : 12 sessies à 45 min. (intake plus 11 contacten)
- frequentie : wekelijks, het laatste contact na 2-3 weken.

Noot 8

Psychosomatische educatie

Psychosomatische educatie is behulpzaam bij het herwinnen van het vertrouwen van cliënten in hun lichaam. Een beter begrip van de reacties van het lichaam op de angst en paniek maakt de angst beheersbaar.

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen voor het effect van psychoeducatie voor paniekstoornissen (zie noot 1). Van de cursisten van de cursus "Geen Paniek" (milde-matige panieklachten) meldt 68% veel te hebben gehad aan de algemene uitleg over angst en paniek en 67% aan het onderdeel levensstijl en stressbronnen⁶⁶. Er is geen reden waarom deze evidence based aanvulling op de therapie bij paniekstoornis niet ook voor de PSF-er zou gelden.

Noot 9

Communicatieve massage en communicatief bewegen

Belangrijke doelstellingen in het kader van een paniekstoornis zijn het herkennen van de fysiologie, het herstel van het lichaamscontact en het faciliteren van expressies. De cliënt wordt vanuit een veilige behandelingsituatie uitgenodigd contact te maken met de therapeut en het contact met het eigen lichaam te herstellen. Angstreacties hierbij worden besproken en indien de ervaring positief is wordt deze bevestigd.

Deze technieken kunnen zowel als zelfstandig doel aangewend worden, maar ook ter voorbereiding op een adem- of ontspanningsoefening, als de directie confrontatie met het lichaam nog te bedreigend is.

Evidentie:

Op basis van empirie is de werkgroep van mening dat deze bij uitstek fysieke interventie een waardevolle bijdrage is in het begeleiden van cliënten met een paniekstoornis.

Noot 10

Herkadering van belemmerende cognities, gerelateerd aan klachten aan het bewegingsapparaat met behulp van cognitief-gedragsmatige interventies.

- **Cognitief gedragsmatige interventies**

Bestaat bij paniekstoornissen standaard uit vier componenten: (a) psycho-educatie, (b) cognitieve herstructureringstechnieken om misinterpretaties van lichamelijke sensaties te veranderen, (c) angstmanagement technieken zoals spierontspanning en verbetering van de ademhaling en (d) blootstelling aan lichamelijke sensaties (interoceptieve exposure) of aan externe angstige situaties (in vivo exposure)¹⁰⁷.

Evidentie:

Het effect van cognitieve gedragstherapie voor paniekstoornissen is in diverse reviews aangetoond^{108,109}. Craske (1999) concludeerde op basis van een review van 20 RCTs van cognitieve gedragstherapie, een variant van paniekmanagement, dat gemiddeld 76% van de cliënten paniekvrij was na behandeling⁷¹. Gerandomiseerd onderzoek door het Trimbos-instituut naar de groepscursus 'Geen Paniek', gegeven tussen 2005 en 2007, laat zien dat deze preventieve interventie voor mensen met lichte tot matige panieklachten de kans op het krijgen van een paniekstoornis halveert⁶⁶. De werkgroep is van mening dat cognitief gedragsmatige interventies voor paniekstoornissen (i.e. onderdelen uit de cognitieve gedragstherapie) ook effectief toegepast kunnen worden in de context van een PSF behandeling.

- **De reattributiebenadering**

Evidentie:

Deze methode is, eventueel ondersteund met psychofarmaca, succesvol gebleken bij somatisatiestoornissen¹¹⁰. Met het oog op het herkadere van belemmerende condities, zoals die vaak voorkomen bij mensen met paniekstoornissen, is het aannemelijk dat deze benadering ook hierbij met succes toe te passen is. De werkgroep is van mening dat deze methode uitstekend toepasbaar is binnen de setting van de PSF.

- **Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)**

Deze methode gaat er vanuit dat emotionele of gedragsmatige problemen ontstaan en in stand gehouden worden door de gedachten, opvattingen en zelfspraak van de cliënt. De disfunctionele emoties worden gecorrigeerd door de irrationele cognities van de cliënt te veranderen¹¹¹.

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen dat deze methode binnen de PSF kan worden toegepast bij paniekstoornissen¹¹².

- **NLP (bijvoorbeeld uitdagen van algemene waarheden)**

Evidentie:

De werkgroep is op basis van empirische evidentie van mening dat de "reframing" (vergelijkbaar met de cognitieve herstructurering) technieken uit de NLP in de begeleiding bij cliënten met een paniekstoornis effectief kunnen worden toegepast.

Noot 11

Ontspanningstherapie

- **Progressieve relaxatie volgens Jacobson** (Bernstein/Berkovic).

Behalve voor de reductie van spierspanning wordt deze ontspanningsmethode bij paniekstoornissen ook toegepast om cliënten te laten voelen hoe onschadelijk de panieklachten zijn; ze kunnen immers eenvoudig, onder controle van de cliënt, weer afgewend worden. Ook worden ze wel gebruikt na een exposure oefening.

Evidentie:

Het effect van progressieve relaxatie volgens Jacobson is aangetoond bij paniekstoornissen voor wat betreft de reductie van spierspanning en angst¹¹³.

- **De methode Öst**

Dit is een toegepaste vorm van progressieve relaxatie en bevat elementen van interoceptieve en situationele exposure. Hierdoor ligt een toepassing bij cliënten met een paniekstoornis voor de hand.

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen dat de methode Öst effectief is bij paniekstoornissen^{114,115}. Vergeleken met cognitieve gedragstherapie scoort de methode in de follow up iets slechter¹¹⁶. Er zijn geen gegevens bekend over de meerwaarde van de combinatie van cognitieve gedragstherapie en de methode Öst.

- **Desensitisatie volgens Wolpe en differentiële ontspanning**

Evidentie:

Op basis van empirische evidentie is de werkgroep van mening dat deze methodieken een waardevolle bijdrage leveren in de begeleiding van cliënten met een paniekstoornis.

- **Methode Mitchel**

De eenvoud van deze methode maakt hem geschikt voor toepassing bij paniekstoornissen. Cliënten kunnen leren om met deze oefeningen een paniekaanval te beheersen.

Evidentie:

De werkgroep is van mening dat de ontspanningsmethode Mitchel een waardevolle aanvulling is bij de begeleiding van cliënten met paniekstoornis.

- **Ontspanningsinstructie volgens van Dixhoorn**

De ademmethode van Van Dixhoorn wordt vaak indirect toegepast, als ontspanningsinstructie, met ademregulatie als secundair doel.

Evidentie:

Van Dixhoorn heeft de effectiviteit van zijn methode aangetoond bij hartpatiënten^{67,68}. Het feit dat bij deze cliëntencategorie veel angst en paniek voorkomt maakt dat de werkgroep, gecombineerd met empirische evidentie, van mening is dat de methode ook met succes toegepast kan worden bij cliënten met hyperventilatie en angstklachten.

- **Sensorelaxatie**

Het lichamelijke contact tijdens deze ontspanningsmethode draagt bij aan een bestendiging van het ontspannende effect.

Evidentie:

Met het oog op de centrale plaats van het fysieke contact is de werkgroep van mening dat sensorelaxatie een waardevolle aanvulling is aan de bestaande ontspanningsmethoden bij paniekstoornissen.

Noot 12

Adembewustwording en ademtherapie

Ademoefeningen worden in de internationale literatuur 'breathing retraining' genoemd. Ze kunnen op de korte termijn bijdragen aan het gevoel meer controle over de adem te kunnen hebben¹¹⁶. Uit recent onderzoek is gebleken dat niet zozeer de angst op zich, als wel de verlaagde expiratoire CO-niveaus een trigger zijn voor het uitbreken van een paniekaanval. Ook andere factoren kunnen hierbij een faciliterende rol spelen zoals de gevoeligheid voor angst en allerlei interne en externe factoren^{117,118}. Bij cliënten met een paniekstoornis die een zeer negatieve beleving van hun adem hebben verdient de aanbeveling om de ademoefeningen indirect aan te leren, d.w.z. via een bewustwordings- of ontspanningsoefening in een minder beladen lichaamsgebied.

Onderzoek van Roemer en Orsillo⁷⁵ heeft aangetoond dat de abdominale ademhaling de activiteit van de N. Vagus verhoogt. De N. Vagus zorgt als belangrijkste zenuw van het parasympatisch zenuwstelsel voor een toestand van rust en bevordert niet alleen de opbouw van weefsel en herstelmechanismen maar activeert ook de aandacht en de regulatie van het affect.

- **de 'natuurlijke adem' volgens Balfourt**

De methode Balfourt vormt op een speelse wijze een inadequaate adem patroon om tot een adequaat adem patroon, waarbij het bieden van een veilig gevoel overheerst.

Evidentie:

De werkgroep is van mening dat deze techniek een waardevolle bijdrage kan leveren aan de begeleiding van cliënten met paniekstoornissen door de PSF-er.

- **'adembewustwording en ademinstructies' volgens van Dixhoorn**

De ademmethode van Van Dixhoorn wordt vaak indirect toegepast, als ontspanningsinstructie, met ademregulatie als secundair doel.

Evidentie:

Van Dixhoorn heeft de effectiviteit van zijn methode aangetoond bij hartpatiënten^{67,68}. Het feit dat bij deze cliëntencategorie veel angst en paniek voorkomt maakt dat de werkgroep, gecombineerd met empirische evidentie, van mening is dat de methode ook met succes toegepast kan worden bij cliënten met hyperventilatie en paniekstoornissen.

- **Biofeedback**

In de begeleiding van cliënten met angstgerelateerde klachten wordt soms biofeedback toegepast, eerder ter verbetering van de controle over de ademhaling dan ter ontspanning van de musculatuur. Een voorbeeld hiervan is de methode waarbij cliënten PCO-waarden kunnen aflezen met behulp van 'capnometrie feedback' en via bijsturing leren optimaliseren.

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen dat een behandeling waarin gebruik gemaakt wordt van PetCO biofeedback meerwaarde heeft wat betreft het kunnen reguleren van de adem bij cliënten met een paniekstoornis^{112,117}.

- **'de ervaarbare adem' volgens Middendorff**

Evidentie:

De werkgroep is van mening dat de methode 'De ervaarbare adem' volgens Middendorff een waardevolle bijdrage levert in de therapie bij cliënten met een paniekstoornis.

Noot 13

Aardings- of 'groundings'-oefeningen uit de bio-energetica

Evidentie:

Op basis van empirisch evidentie is de werkgroep van mening dat aardingsoefeningen bij cliënten met een paniekstoornis effectief zijn.

Noot 14

Exposure

- **interoceptieve exposure** met systematische desensitisatie eventueel met behulp van imaginatie¹²⁰.

Evidentie:

Een meta-analyse uit 1995 noemt een effectpercentage van interoceptieve exposure bij paniekstoornis van 88%¹²¹. Hiermee is aangetoond dat deze methode effectief is bij paniekstoornissen. De werkgroep is van mening dat deze methode ook door de PSF-er met succes kan worden toegepast bij cliënten met een paniekstoornis.

- **exposure in vivo**

Ook het aanbieden van fysieke belasting kan een manier zijn om een gekwetste lichaamsbeleving uit te dagen en zodoende te optimaliseren¹²².

Evidentie:

Vooral bij paniekstoornissen met agorafobie is het aangetoond dat exposure in vivo effectief is^{45-51,123}. De werkgroep is van mening dat deze interventie effectief toegepast kan worden door de psychosomatische fysiotherapeut.

Noot 15

Taakconcentratietraining en mindfulness

Bij angst- en paniekstoornissen leert de cliënt om opmerkzaam en aandachtig aanwezig te blijven bij de angst-paniekreacties en lichamelijke sensaties te observeren. Door het oefenen van de toeschouwersrol wordt men rustig en kan gewacht worden tot de klachten als 'vanzelf' verminderen en tenslotte verdwijnen. Door daarna opmerkzaam te blijven op opkomende gedachten, overtuigingen (over zichzelf en/of anderen), beelden of herinneringen wordt duidelijk waardoor de angst en paniek werden opgeroepen.

Evidentie:

Het is aannemelijk dat mindfulness therapie een meerwaarde heeft in de begeleiding bij cliënten met een paniekstoornis. De werkgroep is van mening dat deze technieken effectief toegepast kunnen worden door de PSF-er.

Therapeutisch proces 3

Sociale fobie

Noot D

In de psychotherapie zijn sociale vaardigheidstraining, exposure in vivo en cognitieve herstructurering effectief gebleken bij sociale fobie^{20,124-126}. In de GGZ richtlijn 'angststoornissen' is cognitieve therapie en exposure in vivo de eerste keuze voor behandeling. Op basis van de heterogeniteit van de cliëntenpopulatie kan de behandeling aangevuld worden met sociale vaardigheidstraining, taakconcentratietraining bij een bovenmatige betrokkenheid op het eigen gedrag en ontspanningstherapie. Groepsbehandeling en individuele behandeling blijken even effectief¹²⁷. Bij onvoldoende effect komt farmacotherapie in de vorm van een SSRI (selectieve serotonine heropnameremmer) in aanmerking. Cognitief-gedragsmatige behandelprincipes zijn het meest effectief¹²⁸. Om meer aansluiting te vinden bij de cognitief-gedragsmatige benadering van andere hulpverleners zouden sommige behandelingsprincipes van de PSF hiernaar gemodelleerd kunnen worden.

Het kenmerk van de behandeling is multimodaal en directief. Het multimodale karakter blijkt uit het gebruik van verschillende theoretische concepten uit verschillende scholen, methoden en interventies uit de psychotherapie en de psychosomatische fysiotherapie: gedragsmatige, antropologische, biologische en psychodynamische. De directieve benadering komt o.a. tot uitdrukking in de korte duur van de therapie die zich richt op het behalen van concrete en haalbare doelen¹²⁹. De therapeut heeft een sterk sturende rol waarbij hij de cliënt duidelijke aanwijzingen geeft over hoe klachten kunnen worden verholpen. De cliënt krijgt opdrachten mee naar huis die relatief gemakkelijk zijn uit te voeren en leiden tot concrete resultaten. De kans op het slagen van de opdrachten en het hiermee gepaard gaande gevoel van succes is groot. Op deze manier is er telkens duidelijke vooruitgang zichtbaar en wordt stap voor stap naar het geformuleerde einddoel toegewerkt.

De PSFer appelleert in de behandeling aan bewegingsactiviteit en het zichzelf (lichamelijk) ervaren in concrete gestructureerde situaties. Dit komt tot uitdrukking in het ervaren van afstand/nabijheid, het in en uit contact gaan, eigen ruimte en positie innemen en zich congruent presenteren. Men oefent zoveel mogelijk in (bewegings-)interacties. Dekker stelt dat doordat de cliënt zich volledig leert te richten op de (bewegings-)interactie het reflectieve zelfbewustzijn (verbale zelfbeoordeling) wordt uitgeschakeld¹³⁰. De psf-er laat oefenen in voor de deelnemers gecreëerde exposure in vivo contexten¹³¹. Het doel is het adequaat omgaan met angst- en angstequivalenten. Assertiviteit wordt in bewegingsgedrag uitgedaagd en geoefend. De PSFer maakt daarbij gebruik van contextmanipulatie om de problematiek toe te spitsen. Wanneer cliënten weer hun eigen kracht ervaren neemt het zelfvertrouwen toe. Ze kunnen beter hun grenzen hanteren en zijn in staat tot het ontvangen en geven van steun. Harmonisering van bewegingspatronen en verbetering van het lichaamscontact -en de zelfbeleving treden op.

Bij sociale fobie heeft groepstherapie de voorkeur boven individuele therapie omdat de klachten en problemen zich voordoen in relatie tot anderen in verschillende situaties. Daarnaast is groepstherapie kostenefficiënter. Groepstherapie bevat een aantal belangrijke herstel bevorderende factoren die individuele therapie niet heeft. De voornaamste hiervan zijn: het kunnen leren van lotgenoten; imitatiegedrag, dat mogelijk behulpzaam is bij het experimenteren met nieuw gedrag; het lotgenotencontact; het oefenen van sociale vaardigheden in een veilige groep; 'verdunding' van de overdracht^{132,133}.

Motivatie en participatie nemen toe bij groepen met dezelfde leeftijdsopbouw. Bij voldoende cliëntenaanbod kunnen de volgende groepen met dezelfde leeftijdsopbouw worden samengesteld: Groepen jongeren tussen de 13-18 jaar; groep jong volwassenen 18-27; groep volwassenen (ouder dan 27) en een groep ouderen vanaf 55 jaar. De groepen bestaan uit minimaal 4, maximaal uit 8 personen met een gemengde samenstelling.

Indien er geen groep te vormen is, is individuele therapie aangewezen.

Cliënten worden door huisartsen, vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters, medewerkers van de GGZ instellingen verwezen. Met de psychotherapeuten en GGZ medewerkers wordt in overleg bepaald welke (onderdelen van) behandeldoelen met welke interventies door de psf-er worden behandeld.

De werkgroep is van mening dat de volgende behandel frequentie en duur effectief en verantwoord is: anderhalf uur, eenmaal per week gedurende vijf tot acht maanden afhankelijk van groeps grootte, gemiddelde mogelijkheden van de groepsleden, het kunnen integreren en transfereren van het geleerde in de beperkte en veilige context van de groep. Individueel 45 min gedurende eenmaal per week, afbouwend via eenmaal in de twee weken naar 1 maal per maand gedurende acht maanden (\pm 16 tot 20 behandelingen).

Noot 16

Psychosomatische educatie

Psychosomatische educatie is behulpzaam bij het herwinnen van het vertrouwen van cliënten in hun lichaam. Door een beter begrip van de reacties van het lichaam op de angst wordt deze angst beheersbaar. Voorlichting over de vicieuze cirkel van angst - (lichamelijke) stressreactie - vermijdingsgedrag - negatieve cognities - toename van angst-stressreacties en over hoe deze kan worden doorbroken, vormt het belangrijkste onderdeel van de psychosomatische educatie. De voorlichting wordt schriftelijk, mondeling en evt. door middel van een video met cliëntervaringen gegeven.

Evidentie:

De werkgroep is van mening dat psychosomatische educatie van belang is bij cliënten met sociale fobie en op een juiste wijze door psf-ers kan worden aangeboden.

Noot 17

Verbeteren van lichaamsbeleving en lichaamsbewustwording

Het veelvuldig angstig zijn in verschillende sociale situaties roept een breed scala aan fysieke sensaties op en kan leiden tot vermijdingsgedrag en psychosomatische klachten. Om de cliënt bewust te maken van de lichamelijke aspecten van de sociale fobie, om dit beter hanteerbaar te maken, en om de taakconcentratie te verbeteren waardoor de cliënt voor hem belangrijke maar angstige en stressvolle sociale contacten en situaties weer kan en durft aan te gaan kunnen (één of meer van) de volgende 4 technieken worden ingezet:

a. Interoceptieve exposure

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen, dat interoceptieve exposure effectief is bij sociale fobie¹³⁴. In aanmerking komen het protocol van Kampman & Keijsers en desensitisatie volgens Wolpe^{131,135}.

b. Ontspanning- en ademtherapie; geleide fantasie

Evidentie:

Aangetoond is dat applied relaxation volgens Öst effectiever is bij angststoornissen (paniekstoornis en GAS) dan de methode Jacobson^{136,137}. Applied relaxation kan gemakkelijker worden toegepast in concrete situaties van de sociaal fobische cliënt dan progressieve relaxatie. De werkgroep vond aanwijzingen voor de effectiviteit van simple relaxation volgens Mitchell¹³⁸. Ook zijn er aanwijzingen voor de meerwaarde die facilitatie van de abdominale ademhaling heeft voor de activatie van het parasympatisch zenuwstelsel, waarbij de aandacht en de regulatie van het affect worden bevorderd⁷⁵. Mindfulness¹³⁹⁻¹⁴¹, ademmeditatie en ademtherapie volgens Balfoort en van Dixhoorn¹⁴² komen in aanmerking. Net als geleide fantasie en visualisaties van de belastende situatie. Deze interventies zijn tevens een introductie naar exposure in vivo. De werkgroep is van mening dat de genoemde methoden effectief zijn in de begeleiding van cliënten met een sociale fobie.

c. Groundings- en aardingsoefeningen (bio-energetica)

Evidentie:

Op basis van empirische evidentie ten aanzien van groundingsoefeningen is de werkgroep van mening dat er een meerwaarde is voor het toepassen hier van. Deze oefeningen faciliteren de ervaring van grenzen en de afstemming en voorbereiding op verdere therapeutische interventies.

d. Taakconcentratie

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen dat taakconcentratietraining effectief is als copingrespons, in exposure in vivo en bij sociale vaardigheidstraining bij bloos-, tril- en zweetangst^{143,144}. Ook voor de effectiviteit van

(bewegings-) meditaties uit mindfulness zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit¹⁴⁵. Het is aangetoond dat mindfulness effectief is bij sociale fobie^{70,139-141}.

Noot 18

Adequater omgaan met gevoelens en emoties

Door het experimenteren met beweging kunnen gevoelens en zijnswijzen worden geëxploreerd en wordt toegang verkregen tot onderliggende gevoelens.

Hierdoor komt de cliënt in contact met zijn gevoelens en kan deze uiten, en kan de cliënt het sociaal fobische klachtenpatroon en het vermijdingsgedrag hanteren en verminderen.

Evidentie:

Op basis van klinische ervaring is de werkgroep van mening dat er een meerwaarde is ten aanzien van non-verbale en paraverbale expressieve (bewegings-)therapie¹⁴⁶, integratieve bewegings- en lichaamstherapie¹⁴⁷ en bio-energetica¹⁴⁸.

Noot 19

Verbeteren van zelfvertrouwen en zelfwaardering

Bij cliënten met sociale fobie is vaak een gebrek aan zelfvertrouwen, zelfwaardering en autonomie. Een toename in en beheersing van sociale vaardigheden vergroten het zelfvertrouwen, gevoel van eigenwaarde en autonomie evenals een verbetering van de algehele lichamelijke conditie en fysieke mogelijkheden. Groepstherapie maakt gezonde competitieve (lichamelijke) activiteit mogelijk.

Het streven hierbij is een toename en betere beheersing van specifieke sociale vaardigheden, het beter accepteren van fouten en realistische beperkingen, ervaren van een verbetering van de algehele lichamelijke conditie en lichamelijke mogelijkheden, kunnen experimenteren met nieuw alternatief gedrag.

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen dat de (medische)fitness¹⁴⁹⁻¹⁵¹, lichamelijke activiteiten¹⁵² en runningtherapie¹⁵³ meerwaarde hebben bij sociale fobie.

Noot 20

Verbeteren van contact functies

Sociale fobie manifesteert zich in relatie tot anderen in verschillende contexten. Door (faal)angst is er een beperkt vermogen in het aangaan, ontwikkelen en onderhouden van contacten met anderen en het rekening houden met anderen. Het is van belang dat de cliënt zich meer bewust wordt van de eigen kracht en hiermee in contact kan komen, dat hij initiatief neemt in gesprekken, activiteiten- en bewegingssituaties, (lichamelijk) contact met afstemming op de ander kan aangaan, zijn mening op maat kenbaar kan maken, zijn grenzen kent en kan deze aan anderen kan aangeven.

Een breed scala aan interventies uit meerdere methodieken met verschillende theoretische achtergronden komt in aanmerking:

Evidentie:

Er zijn aanwijzingen dat bij interventies met lichamenlijk contact er een toename optreedt van de zelfonthulling¹⁵⁴⁻¹⁵⁶ en dat hierdoor het vertrouwen, de openheid en de zelfwaardering toenemen¹⁵⁷⁻¹⁵⁹.

Bij de interventies die bestaan uit 'exposure in vivo' wordt gewerkt met contextmanipulaties, waarbij gebruik wordt gemaakt van de angst-hiërarchielijst van de minst naar de meest angst(stress)volle situatie.

Evidentie:

Het is aannemelijk dat sociale vaardigheidstraining, waaronder exposure in vivo in cognitieve gedragstherapie op korte en lange termijn effectief is bij de behandeling van sociale fobie^{159,160}. Er zijn aanwijzingen dat exposure in vivo effectief is bij sociale fobie (ES 1.06)^{161,162}.

NB: Zie bijlage B voor een beschrijving van de in dit statement opgenomen methodieken.

Referenties

- ¹ Horst M van der, Lindeboom R, Lucas C. De aanwezigheid van psychische problematiek in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk: een clusteranalyse. De prognostische waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 2005;115(4):106-11.
- ² American Psychiatric Association. DSM-IV patiëntenzorg. Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Swets en Zeitlinger BV., Lisse, 1996.
- ³ Argyle M, Williams M. Observer and observed: a reversible perspective in person perception. *Sociometrie*, 1999, 32:396-412.
- ⁴ Clark DM & Wells A. A cognitive model for social phobia. In: Heimberg RJ, Liebowitz, MR, Hope DA, Schneider FR (eds.). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. The Guilford Press, London, New York, 1995.
- ⁵ Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM (red). *Inleiding in Evidence-based medicine; Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Bohn Stafleu van Loghum, 3^{de} druk, september 2010.
- ⁶ Conceptrichtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen bij volwassenen (eerste revisie). Trimbos-instituut, CBO, NHG, LEVV. 2009.
- ⁷ Mulders N, Boersma R, IJntema R. Beroepscompetentieprofiel Psychosomatische Fysiotherapie. NFP, 2008.
- ⁸ Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010a.
- ⁹ Wittchen H-U, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 2000; Suppl 406: 14-23.
- ¹⁰ Van Wamel A, Verburg H. Landelijk Basisprogramma Angststoornissen, Trimbos-instituut 2005.
- ¹¹ E.H. Uhlenhuth, Andrew C. Leon and William Matuzas. Psychopathology of panic attacks in panic disorder. *Journal of Affective Disorders*; Volume 92, Issue 1, May 2006, Pages 55-62.
- ¹² Sanfelippo Augustin J (edt). *Panic Disorders: New Research*. 2005, Nova Biomedical Books.
- ¹³ IJzermans T, Heffels A. *Dat durf ik niet: over angsten en fobieën*. Boom. Meppel, 1985
- ¹⁴ Nathan PE, Gordon, JH A Guide to treatments that work. Oxford University Press, New York, 1998, 320-3007.
- ¹⁵ Emmelkamp PMG, Bouman T, Scholing HA (red.) *Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling*. Van Loghum Slaterus. Deventer, 1989.
- ¹⁶ Scholing A, Emmelkamp PMG. Social phobia: nature and treatment. In: Leitenberg H. (red) *Handbook of social evaluative anxiety*. Plenum Press, New York, 1990.
- ¹⁷ Acarturk, C.; Graaf, R. de; Straten A. van; Have, M. ten; Cuijpers, P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2008; 43,4:273-297.
- ¹⁸ Ollendick TH, Hirshfeld-Becker DR. The Developmental Psychopathology of Social Anxiety Disorder. *Journal of Biological Psychiatry*, 2002, 51, 44-58.
- ¹⁹ Beidel DC Turner SM.. Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders. Washington DC, American Psychological Association, 2007.
- ²⁰ Kaplan R, Sadock JS *Synopsis of Psychiatry*. Williams & Wilkens, Baltimore, 1998.
- ²¹ Acarturk C. et al. Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatr. Scand.* 2009, 119.1:62-70.
- ²² Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL); een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996;39(12): 538-47
- ²³ Koeter MW, Brink W van den. The relationship between depression and anxiety: construction of a prototypical anxiety and depression scale. *Psychol Med* 1992; 22(3):597-606.
- ²⁴ Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M., & Papp, L.A. Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154;1571-1575.
- ²⁵ Shear, M.K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Houck, P., & Wang, T. (2001). Reliability and validity of Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 293-296.
- ²⁶ Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984) Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- ²⁷ Mavissakalian M. Behaviour The fear questionnaire: a validity study. *Research and Therapy* Volume 24, Issue 1, 1986, Pages 83-85

-
- ²⁸ Arrindell WA, Groot PM de & Walburg JA (1984) Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag. Handleiding Deel I. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- ²⁹ Courtney R, van Dixhoorn J, Cohen M. Evaluation of Breathing Pattern: Comparison of a Manual Assessment of Respiratory Motion (MARM) and Respiratory Induction Plethysmography. *Appl Psychophysiol Biofeedback* DOI 10.1007/s10484-008-9052-3
- ³⁰ Gosselink R, Decramer M. Revalidatie bij chronisch obstructieve longziekten. 2001, Elsevier gezondheidszorg Maarssen.
- ³¹ Bech, P., Kastrup, M, Rafaelsen O.J. (1986) Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand.*, 73, 1-37.
- ³² Ploeg, H.M., van der, Defares, P.B. & Soielberger, C.D. (1980) Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst, ZBV: Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- ³³ Willems LFM, Tuender-de Haan HA, Defares PB. Een schaal om sociale angst te meten. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 1973, 28,415-422.
- ³⁴ Van Dam-Baggen CMJ, Kraaimaat F. Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA), Herziene handleiding. Deel 2. Swets & Zeitlinger, Lisse 1990.
- ³⁵ Terluin B, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, De Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6:34.
- ³⁶ STECR Platform Reïntegratie. Werkwijzer 6: Aanpak van lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie, 2006.
- ³⁷ Van der Meer, A., & Burgerhout, K. (2004). Nederlandse versie van de panic disorder severity scale. Amsterdam: Programmagroep Klinische psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- ³⁸ Courtney R, Cohen M, Reece J. Comparison of the Manual Assessment of Respiratory Motion (MARM) and the Hi Lo Breathing Assessment in determining a simulated breathing pattern. *International Journal of Osteopathic Medicine* Volume 12, Issue 3, Pages 86-91, September 2009
- ³⁹ Hunot V, Churchill R, Teixeira V, et al. Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD001848.
- ⁴⁰ Van Boeijen CA, van Oppen P, Balkom A, Visser S, Kempe DT, Blankenstein N, van Dyck R. Angststoornissen in de 1^e lijn vaak goed te behandelen: Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 50 (7) juni 2007.
- ⁴¹ Pluess M, Conrad A, Wilhelm FH. Muscle tension in generalized anxiety disorder: A critical review of the literature *Journal of Anxiety Disorders* 23 (2009) 1–11.
- ⁴² Hirai M, Clum GA. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behav. Ther.* 37.2 (2006): 99-111.
- ⁴³ Spek V, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 37.3 (2007): 319-28.
- ⁴⁴ Van Boeijen CA, et al. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Fam. Pract.* 22.2 (2005): 192-96.
- ⁴⁵ Van Balkom AJL van, Nauta MCE, Bakker A. Meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: review and re-examination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1995: 2,1-14.
- ⁴⁶ Van Balkom AJL van, Bakker A, Spinhoven Ph, Blaauw BMJW, Smeenk S, Reusink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:510-516.
- ⁴⁷ Bakker A, Van Balkom AJL, Spinhoven Ph, Blaauw BMJW, van Dijk R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. A quantitative review. *Journal of Mental and Nervous Disease*. 1998;186,414-419.
- ⁴⁸ Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J. Consult Clin. Psychol.* 61.2 (1993): 317-26.
- ⁴⁹ Cox B. J., Endler NS, Lee PS, Swinson RP. A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 23.3 (1992): 175-82.
- ⁵⁰ Brett J. Deacon and Jonathan S. Abramowitz Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings. *J Clin Psychol* 60: 429–441, 2004

-
- ⁵¹ Williams SL, Falbo J. Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 34, Issue 3, March 1996, Pages 253-264.
- ⁵² Soels-Roos A. Rapport implementatieproces 'Geen Paniek' in de PSF, 2009 Afstudeerproject Professional Masteropleiding Psychosomatische Fysiotherapie aan de Hogeschool Utrecht.
- ⁵³ Beek J.W. et al. (2006), Stepped Care Angst programma Almere, Projectverslag.
- ⁵⁴ Den Boer P, Wiersma D, Bosch R van de. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2004; 34: 959-971.
- ⁵⁵ Van Reekum A, Berkhout J. Een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante persoonlijkheidsproblemen. In: Eurlings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WM. *Handboek persoonlijkheidspathologie*. 2007 deel3 blz 333-349.
- ⁵⁶ Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, Starreveld JS, Grol MH. NHG-Standaard Angststoornissen. Eerste herziening. *Huisarts Wet* 2004;47(1):26-37 of www.nhg.org (rubriek NHG-Standaarden).
- ⁵⁷ Stetter F, Kupper S. (2002) *Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies*. Applied Psychophysiology and Biofeedback .47. pp. 45-98.
- ⁵⁸ Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. (2008) Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 8. Pp.41-53.
- ⁵⁹ Kanji N, White A. and Ernst E. (2006), Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53: 729–735.
- ⁶⁰ Öst LG, Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38 (2000) 777-790.
- ⁶¹ Borkovec TD, Costello E. Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive—Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* August 1993 Vol. 61, No. 4, 611-619.
- ⁶² Conrad A, Isaac L, Roth WT. The psychophysiology of generalized anxiety disorder. 2. Effects of applied relaxation. *Psychophysiology* 2008;45:377–388.
- ⁶³ Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70, 288-298.
- ⁶⁴ Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*,41, 633–646.
- ⁶⁵ Hoyer J, Beesdo K, Gloster AT, Runge J, Höfler M, Becker ES. Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom*. 2009;78(2):106-15.
- ⁶⁶ Meulenbeek P, Herzmanatus J, Smit F, Willemsse G, Van der Zanden R. *Cursumap: Geen Paniek, leren omgaan met panieklachten*. 2005b. Utrecht: Trimbos-instituut/GGNet.
- ⁶⁷ Dixhoorn J van, Duivenvoorden HJ van, Staal HA, Pool J. Physical training and relaxation therapy in cardiac rehabilitation assessed through a composite criterion for training outcome. *American Heart Journal* Volume 118, Issue 3, September 1989, Pages 545-552.
- ⁶⁸ Dixhoorn J van, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005 Jun;12(3):193-202.
- ⁶⁹ Barlow DH & Cerny JA. *Psychological Treatment of Panic - treatment manuals for practitioners*. New York, 1988, The Guilford Press.
- ⁷⁰ Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention; a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: science and practice*, 2003, 10 (2),125-243.
- ⁷¹ Craske, M.G. (1999): *Anxiety disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, Westview Press.
- ⁷² Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care.*BMC Psychiatry* 2006, 6:14.
- ⁷³ Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial.*J.Consult Clin.Psychol*. 76.6 (2008):1083-89.
- ⁷⁴ Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011 Apr;49(4):281-8. Epub 2011 Jan 27.

- ⁷⁵ Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness: a promising intervention strategy in need for further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003, V10N2: 172-178.
- ⁷⁶ Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ Trimbos-instituut, Utrecht (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Patiëntenversie*. ISBN: 90 5253 522 1.
- ⁷⁷ Knapen J, Vliet P van de., Coppenole H. van, Pieters G & Peuskens J. (2000) Cardiorespiratorische fitheid bij patiënten met angst en depressieve stoornissen. *Vlaams Tijdschrift voor Sportgeneeskunde & Sportwetenschappen*, 21, 9-20.
- ⁷⁸ Burken P van. *Gezondheidspsychologie voor de Fysiotherapeut*, 2^e druk 2010, Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- ⁷⁹ Byrne A & Byrne DG. (1993) The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states : A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 565-57.
- ⁸⁰ Landers DM & Petruzzello SJ (1994) Physical activity, fitness, and anxiety. In: Bouchard C, Shepard RJ & Stephens T (Eds.). (1994) *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement* (pp. 878-882). Champaign, IL: Human Kinetics.
- ⁸¹ Landers DM, Arent SM. Physical activity and mental health. In: Tanenbaum G, Eklund RC, ed. *Handbook of sport psychology*. 3^{ed}. New Jersey: John Wiley & Son, 2007:496-501.
- ⁸² Tkachuk, GA & Martin, GL (1999) Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 275-282.
- ⁸³ Raglin, JS (1997) Anxiolytic effects of physical activity. In W.P. Morgan (Ed.) *Physical activity & mental health* (pp. 107-126). Taylor & Francis, Washington DC.
- ⁸⁴ Petruzzello SJ, Landers M, Hartfield, BD, Kubitz KA & Salazar W. (1991) A meta-analysis on the anxiety-reducing effect of acute and chronic exercise: outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, 11, 142-182.
- ⁸⁵ Geus, EJC de, Doornen LJP van & Orlebeke JF. (1993) Regular exercise and aerobic fitness in relation to psychological make-up and physiological stress reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 55, 347-363.
- ⁸⁶ Brown DR (2000) Physical activity, ageing, and psychological well-being: An overview of the research. *Canadian Journal of Sports Sciences*, 17, 185-193.
- ⁸⁷ Broocks A, Bandelow B., Pekrun G., George A., Meyer T, Bartmann U, Hillmer-Vogel U & Rüter E. (1998) Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 603-609.
- ⁸⁸ Cameron OG & Hudson CJ (2006) Influence of exercise on anxiety level in patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*, 27, 720-723.
- ⁸⁹ Leith, L.M. (1994) *Foundations of exercise and mental health*. Fitness Information Technology. Morgantown.
- ⁹⁰ Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan; 44(1):1-25.
- ⁹¹ Forman, Evan M.; Herbert, James D.; Moitra, Ethan; Yeomans, Peter D.; Geller, Pamela A. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, Vol 31(6), Nov 2007, 772-799.
- ⁹² Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008 Mar; 46(3):296-321.
- ⁹³ Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2):73-80.
- ⁹⁴ Treanor M, Erisman SM, Salters-Pedneault K, Roemer L, Orsillo SM. Acceptance-based behavioral therapy for GAD: effects on outcomes from three theoretical models. *Depress Anxiety*. 2011 Feb; 28(2):127-36.
- ⁹⁵ Gould RA, Otto MW, Pollack MH, & Yap L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- ⁹⁶ Rayburn NR, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a review of treatment elements, strategies, and outcomes. *CNS Spectr*. 2003 May; 8(5):356-62.
- ⁹⁷ McHugh RK, Otto MW, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007 Jul; 68(7):1038-44.
- ⁹⁸ Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24; (1):CD004364.
- ⁹⁹ Bouton, ME, Mineka S, and Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol. Rev.* 108.1 (2001): 4-32.

-
- ¹⁰⁰ Roth WT. Diversity of effective treatments of panic attacks: what do they have in common? *Depress.Anxiety*. 27.1 (2010): 5-11.
- ¹⁰¹ Meulenbeek P, Spinhoven P, Smit F, van Balkom A, Cuijpers P. Cognitive mediation of panic reduction during an early intervention for panic. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 20–29
- ¹⁰² Marchand A, Coutu MF, Dupuis G, Fleet R, Borgeat F, Todorov C, Mainguy N. Treatment of panic disorder with agoraphobia: randomized placebo-controlled trial of four psychosocial treatments combined with imipramine or placebo. *Cogn Behav Ther*. 2008;37(3):146-59.
- ¹⁰³ Eifert GH & Forsyth JP. (2007) Acceptatie en commitmenttherapie bij angststoornissen. *Behandelgids voor het gebruik van mindfulness, acceptatie en waardengerichte gedragsveranderingsstrategieën Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.*
- ¹⁰⁴ Bandura A. Self-efficacy; Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977;1984:191-215.
- ¹⁰⁵ Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. *Learning Act: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. 2007, Oakland: New Harbinger Publications.
- ¹⁰⁶ Boersma RHM. Evidence based practice en de therapeutische relatie in de psychosomatische fysiotherapie: een moeizame verhouding?! *Tijdschrift voor Psychosomatische Fysiotherapie* 2008(13),3:18-27.
- ¹⁰⁷ Craske MG, Barlow DH. Panic Disorder and Agoraphobia. In: Barlow DH, ed. *Clinical Handbook of Psychological Disorders, a step-by-step treatment manual*. New York, The Guilford Press, 2008.
- ¹⁰⁸ Gould RA, Otto MW and Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, Volume 15, Issue 8, 1995, Pages 819-844.
- ¹⁰⁹ Landon TM., Barlow DH. Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder: Current Status. *Journal of Psychiatric Practice*: July 2004 - Volume 10 - Issue 4 - pp 211-226.
- ¹¹⁰ Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, de Vries D, Zaat JO, Knottnerus JA, van Eijk JT, de Haan M. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Education and Counseling* 2002 jul;47(3): 229-35.
- ¹¹¹ Ploeg H van der. *Cognitieve gedragstherapie*. In: Kwee MGT, ed. *Denken en doen in psychotherapie*. Den Haag: East-West-Publications, 1990:87-115.
- ¹¹² Burken P van. Het hyperventilatiesyndroom: een vergelijkend effectonderzoek van twee behandelstrategieën. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 1996;106:64-104.
- ¹¹³ Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS. Behavioral Treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 1989, 20, 261-282.
- ¹¹⁴ Öst LG. Applied relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1988, 26:13-22.
- ¹¹⁵ Öst LG, Westling BE. Applied relaxation vs. cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1995, 33:145-158.
- ¹¹⁶ Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M A. Comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry*. 1994 Jun;164(6):759-69.
- ¹¹⁷ Meuret AE, Rosenfield D, Hofmann SG, Suvak MK, Roth WT. Changes in respiration mediate changes in fear of bodily sensations in panic disorder. *J Psychiatr Res*. 2009 Mar;43(6):634-41.
- ¹¹⁸ Meuret AE, Rosenfield D, Seidel A, Bhaskara L, Hofmann SG. Respiratory and cognitive mediators of treatment change in panic disorder: evidence for intervention specificity *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):691-704.
- ¹¹⁹ Reiner R. Integrating a Portable Biofeedback Device into Clinical Practice for Patients with Anxiety Disorders: Results of a Pilot Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* (2008) 33:55–61.
- ¹²⁰ Taylor S. *Understanding and treating Panic disorder - cognitive behavioural approaches*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2000.
- ¹²¹ Diets I van, Bergh O van. *Psychofysiologie van de ademhaling*. In: Burken P van (red.) *Gezondheidspsychologie voor de Fysiotherapeut 1(2^e druk)*, pag.362. 2010, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- ¹²² Smits JA, Berry AC, Rosenfield D, Powers MB, Behar E, Otto MW. Reducing anxiety sensitivity with exercise. *Depress Anxiety*. 2008;25(8):689-99.
- ¹²³ Hilmer-Vogel U, Brooks A, Meyer TF, Banelow B, Bartmann U, Ruther E. Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorders. *Neurobiology*, 1997, 30:182-187.
- ¹²⁴ Feske, K., Chambless, D.L. Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavioral Therapy*, 1995, 26, 695-720.

-
- ¹²⁵ Gould RA, Buckminster S, Pollack, M.H. Otto, M.W., Yap, L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical psychology: science and Practice*, 1997, 4, 291-306.
- ¹²⁶ Taylor, S. A meta-analysis of cognitive behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Experience Psychiatry*. 1996, 27:1-9.
- ¹²⁷ Heiberg, R.G. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 2002, 51:101-108.
- ¹²⁸ Rowa K, Antony MM. Psychological Treatments for Social Phobia. *Can J Psychiatry* 2005;50:308-316
- ¹²⁹ Lange, A. *Strategieën in directieve therapie*. 1987, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987.
- ¹³⁰ Dekker RC. *Psychologie in de sportpraktijk: Mentale training: oefenstof voor het brein*. Richting/Sportgericht, 1997, 51 (3), 143-148.
- ¹³¹ Kampman M, Keijsers, GPJ. Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met en zonder agorafobie: interoceptieve exposure, cognitieve gedragstherapie en exposure in vivo. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.) *Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. (pp. 127-157). 1999, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- ¹³² Yalom, I.D. *Groepstherapie in theorie en praktijk*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1981.
- ¹³³ Remmerswaal J. *Handboek Groepsdynamica*. Uitgeverij H. Nelissen, Baarn, 1995.
- ¹³⁴ Juster HR, Heimberg RG. Social phobia. Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry Clin North Am*. 1995 Dec;18(4):821-42
- ¹³⁵ Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. 1966, Stanford University Press, Stanford
- ¹³⁶ Öst LG., Westling BE, Helström K. Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia, *Behaviour Research and Therapy*, 1993, 31, 383-394.
- ¹³⁷ Öst LG, Breitholz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2000, 38, 777-790.
- ¹³⁸ Mitchell, L. *Simple relaxation*. John Murray, London, 1977.
- ¹³⁹ Kabat-Zinn, J. *Coming to our senses*. Hyperion. New York, 2005.
- ¹⁴⁰ Cassin, Stephanie E. Rector, Neil A. Mindfulness and the Attenuation of Post-Event Processing in Social Phobia: An Experimental Investigation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2011, Vol. 40 Issue 4, p267-278
- ¹⁴¹ Piet J, Hougaard S, Heckser MS and Rosenberg NK. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2010, 51, 403-410.
- ¹⁴² Balfort B, Dixhoorn, J. van. *Ademen wij vanzelf*. Bosch & Keuning n.v., Baarn, 1982.
- ¹⁴³ Wells A, Papageorgiou C. Social phobic interception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behavior Res Therapy*. 2001(39), 1-11.
- ¹⁴⁴ Mulken S, Bogels SM, Jong de PJ, Louwers J. Fear of blushing: effects of task and physiology. *Journal of Anxiety Disorder*, 2001(15) 423-432.
- ¹⁴⁵ Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention; a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: science and practice*, 2003, 10 (2), 125-243.
- ¹⁴⁶ Boersma RHM. Expressieve bewegingstherapie in de psychosomatische fysiotherapie. *Tijdschrift voor Psychosomatische Fysiotherapie* 2008(13), 4:23.
- ¹⁴⁷ Petzold H. *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Junfermann Verlag, Paderborn, 1996.
- ¹⁴⁸ Lowen A. *Bioenergetics*. Coward. New York, 1970.
- ¹⁴⁹ Landers, D.M. & Petrocello, S.J. (1994). Physical activity, fitness, and anxiety. In C. Bouchard, R.J. Shepard & T. Stephens (Eds.) *Physical activity, fitness, and health: an international proceedings and consensus statement*. Human Kinetics 878-884 Champaign, 1994.
- ¹⁵⁰ Knapen J, Vliet P van der, Pieters G, Coppenolle H, Peuskens J. Adviezen voor gezondheidsgerelateerde fitheid: hoe meer, hoe beter? In: J. Simons (red.). *Actuele thema's uit de psychomotorische therapie, jaarboek 1998*. Acco. 119-127. Leuven, 1998.
- ¹⁵¹ Meyer T, Brooks A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guidelines for exercises, testing and prescription. *Sport Medicine*, 2000, 30, 269-279.
- ¹⁵² Hilmer-Vogel U, Brooks A., Meyer TF, Banelow, B., Bartmann, U., Ruther, E. Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorders. *Neurobiology*, 1997, 30, 182-187
- ¹⁵³ Hannaford, HP, Harrell EH, Cox K. Psychophysiological effects of a running program on depression and anxiety in a psychiatric population. *The Psychological Record*, 1988, 38, 37-48.
- ¹⁵⁴ Jourard S, Fiedman R. Experimentor subject distance and self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 14 (3), 278-282.

-
- ¹⁵⁵ Alagna FJ., Whitcher SJ, Fisher JD & Wicas EA. Evaluative reaction to interpersonal touch. *Journal of Counseling Psychology*, 1979,26,465-472.
- ¹⁵⁶ Heslin R, Alper T. *Touching: A bonding gesture*. In: Wiemann J, Harrison R. (eds). *Nonverbal interaction*. CA: Sage. Beverly Hills, 1983.
- ¹⁵⁷ Clance PR Petras VJ. Therapists 'recall of their decision-making processes regarding the use Of touch in ongoing psychotherapy. A preliminary study. In: Smith EWL, Clance PR, Imes S. (eds). *Touch in Psychotherapy. Theory, research, and practice*. (92-108). Guilford. New York, 1998.
- ¹⁵⁸ Suiter RL Goodyaer RK. Male and female counselor and client perceptions of four levels of counselor touch. *Journal of Counseling Psychology*, 1985, 32,645-648.
- ¹⁵⁹ Curtis, Russell C., Kimball, Amy, Stroup, Erin L. Understanding and Treating Social Phobia. *Journal of Counseling & Development*, Winter2004, Vol. 82, Issue 1.
- ¹⁶⁰ Van Dam-Baggen R, Kraaimaat F. Group social skills training or cognitive grouptherapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia. *Journal Anxiety Disorder* 2000 (14), 437-451
- ¹⁶¹ Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. In: A.E.Begin & S.L.Garfield (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Jon Wiley and sons. New York, 1994.
- ¹⁶² Emmelkamp PMG, Balkom AJL van. Angststoornissen. In: W.Vandereycken W. *Hoogduin CAL en Emmelkamp PMG (red.). Handboek psychopathologie, deel 3*. Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.



BIJLAGEN