



OUT OF CONTROL

**ONDERZOEK NAAR DE VORMGEVING VAN EEN PSYCHOMOTORISCH
PRODUCT VOOR PATIËNTEN TUSSEN 18 EN 70 JAAR MET EEN
PANIEKSTOORNIS BIJ PRO PERSONA**

ONDERZOEKER:	MARLY VAN CREIJ
STUDENTNUMMER:	489191
DATUM:	01-06-2015
INSTELLING:	PRO PERSONA
LOCATIE:	CENTRUM VOOR ANGSTSTOORNISSEN OVERWAAL, LENT
OPDRACHTGEVER:	KARIN HILDERINK
BEGELEIDER IN DE PRAKTIJK:	ANNEKE ÖZEN
BEGELEIDER OPLEIDING:	OLIVIER GLAS
BEOORDELAAR 1:	NOG ONBEKEND
BEOORDELAAR 2:	OLIVIER GLAS

1. VOORWOORD

Eén van mijn doelen tijdens het volgen van de opleiding Psychomotorische Therapie (PMT) aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) was kennis maken met zoveel mogelijk verschillende doelgroepen, zodat ik kon onderzoeken waar mijn interesse ligt. Gedurende de stages van mijn opleiding heb ik kennis gemaakt met verschillende doelgroepen. Ik heb onder andere ervaring opgedaan met trauma, depressie, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autisme, ADHD en andere problematieken in de leeftijd van zowel volwassenen als kind en jeugd. Met problematieken die onder angststoornissen vallen heb ik echter nog weinig ervaring op kunnen doen. Via mijn opleiding heb ik de kans gekregen om mijn afstudeeronderzoek bij deze doelgroep te kunnen uitvoeren. Pro Persona heeft mij dit afstudeeronderzoek aangeboden op de locatie Overwaal. Dit is een gespecialiseerd centrum voor de behandeling van angststoornissen. Het was voor mij vernieuwend, verdiepend en uitdagend. Ik heb dan ook met veel interesse en inzet gewerkt aan dit onderzoek.

Voor het mogelijk maken van het uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van het product wil ik graag verschillende mensen bedanken. Allereerst wil ik graag de organisatie Pro Persona bedanken voor de open houding en alle ruimte die mij gegeven werd om informatie te verzamelen. Met name de locatie Overwaal, het centrum voor angststoornissen in Lent, wil ik bedanken voor de gastvrijheid.

Daarnaast wil ik Karin Hilderink bedanken voor het begeleiden van het onderzoek en het in contact brengen met andere locaties en professionals. In het bijzonder wil ik Anneke Özen bedanken, die mij in de praktijk heeft begeleid. De betrokkenheid en het delen van haar ideeën hebben geholpen bij het ontstaan van de beschrijving van het product. Ook wil ik de locatie de Riethorst in Ede en Ron Steenbeek bedanken dat ik mee mocht kijken op de locatie. Vanuit de opleiding wil ik Olivier Glas bedanken die mij begeleid heeft. Hij heeft mij ondersteund door vragen te beantwoorden en feedback te geven.

Eveneens wil ik mijn medestudent Sharon Janssen bedanken voor de kritische blik en feedback voor mijn onderzoeksverslag. Als laatste wil ik graag Loes van Gerwen en Anouk Dijkhoff bedanken voor het controleren van de Nederlandse taal.

In dit verslag wordt er geschreven over 'patiënten'. Hiervoor is gekozen omdat deze bewoording wordt gehanteerd in het Centrum voor angststoornissen Overwaal in Lent. Dit kan echter ook worden gelezen als 'cliënten' wanneer hier de voorkeur naar uit gaat.

Daarnaast wordt in het verslag gesproken over PMT'er(s). Dit is voor zowel mannelijke als vrouwelijke psychomotorische therapeuten.

Marly van Creij

2. SAMENVATTING

De positionering voor vaktherapeutische beroepen is onder druk komen te staan vanwege de opdracht van de Raad van Bestuur om volgens richtlijnen te werken (evidence based). Pro Persona streeft ernaar om tot eenduidige productbeschrijvingen op basis van literatuuronderzoek en participerende observaties te komen, zodat de patiëntenzorg effectiever kan worden ingericht.

Het is een ontwikkelingsonderzoek en het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen en beschrijven van een psychomotorisch behandelproduct, waarbij patiënten leren lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te begrijpen, verdragen en er mee leren om te gaan. De onderzoeksvraag die hierbij opgesteld is luidt als volgt: *“Welk psychomotorisch product leert patiënten lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te verdragen binnen Pro Persona voor volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis voor zowel klinische zorg als ambulante zorg?”*. De resultaten zijn gericht op het psychomotorisch behandel aanbod bij Centrum voor angststoornissen, Overwaal. Middels interviews, enquêtes, observaties en literatuuronderzoek is informatie verzameld om een evidence based psychomotorisch behandelproduct te schrijven. De resultaten van de enquêtes en interviews geven weer dat de patiënten het aanbod als een meerwaarde beschouwen binnen de behandeling. Uiteindelijk wordt er een psychomotorisch behandelproduct voor patiënten met een paniekstoornis aanbevolen dat gericht is op vier thema's van angst voor controle-verlies, namelijk somatisch, psychisch, sociaal en gedragsmatig. De PMT'ers verrichten vanuit het cognitief gedragstherapeutisch referentiekader bewegingsgerichte en lichaamsgerichte interventies. Hierdoor leren patiënten de paniekstoornis te begrijpen, de lichamelijke gewaarwordingen te verdragen en met de paniekstoornis om te gaan.

3. INHOUDSOPGAVE

1. Voorwoord.....	2
2. Samenvatting	3
3. Inhoudsopgave	4
4. Inleiding.....	5
5. Vraagstelling en doelstelling	7
6. Methoden	8
7. Resultaten	10
7.1 Wat wordt er verstaan onder een paniekstoornis?	10
7.2 Wat is er in de literatuur bekend over het huidig PMT aanbod voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?	13
7.3 Welke feedback hebben de PMT'ers, een hoofdbehandelaar en patiënten op het huidig PMT aanbod in de behandeling van paniekstoornis?	15
7.4 Hoe integreren PMT'ers de cognitieve gedragstherapie binnen de behandeling voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?	17
7.5 Welke doelen en tijdslimitering zijn gewenst voor een PMT behandelprogramma voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?	19
7.6 Welke interventies en attitude(n) zijn het meest geschikt voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?.....	20
7.7 Welke werkvormen en/of interventies ervaren patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis als meest effectief?	22
7.8 Welke literatuur biedt ondersteuning voor de werkwijze binnen het PMT aanbod bij patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?	23
7.9 Onder welke indicatiegebieden van de Matrix Vaktherapie valt het huidig PMT aanbod bij patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?	24
8. Discussie.....	27
9. Conclusie	29
10. Aanbevelingen	31
11. Literatuurlijst.....	33
12. Bijlagen.....	35
Bijlage 1: Matrix Vaktherapie	35
Bijlage 2: PMT Beroepsproduct	36
Bijlage 3: Scoringslijsten BSQ en ACQ.....	39

4. INLEIDING

Aanleiding

Vanuit mijn PMT opleiding op de HAN ben ik via mijn docent Olivier Glas in aanraking gekomen met Pro Persona. Pro Persona is een organisatie met expertise in het behandelen van hulpvragen op het gebied van specialistische geestelijke gezondheidszorg. Er wordt specialistische zorg geboden aan jeugdigen, volwassenen en ouderen met psychische en psychiatrische problemen. PMT maakt deel uit van het behandelaanbod binnen de organisatie (Pro Persona, 2015). Karin Hilderink is Projectleider Positionering Vaktherapie binnen Pro Persona en tevens dramatherapeute. Zij is mijn opdrachtgever vanuit Pro Persona. Via Karin ben ik in contact gekomen met Anneke Özen. Anneke is PMT'er op de locatie in Lent. Zij had een specifieke vraag voor een productbeschrijving over het behandelprogramma voor volwassenen met een paniekstoornis. Gezien mijn interesse bij angst- en paniekstoornissen ligt en ik meer praktijkervaring wilde opdoen bij deze doelgroep, zag ik een mooie kans om mijn onderzoek bij deze doelgroep uit te voeren. Het is een overkoepelende productbeschrijving, waarin richtlijnen beschreven staan waar vervolgens een module uit voortgeschreven kan worden. Karin Hilderink heeft mij rondom het onderzoek ondersteund en Anneke Özen heeft mij begeleid in de praktijk en bij het vormgeven van het product.

Probleemanalyse

Er vinden veranderingen plaats in de zorg. De wens van de samenleving en de zorgverzekeraars is dat zorg steeds meer gestandaardiseerd wordt aangeboden volgens de nieuwste evidence based richtlijnen. Daarnaast wordt van instellingen gevraagd de zorg te richten op de ambulantisering en de beddenreductie in de GGZ. Binnen vaktherapeutische beroepen in Nederland bestaat er geen compleet beeld van het behandelaanbod. Dit kan verschillend zijn per instelling of zelfs per therapeut. De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) stimuleert het beschrijven, door professionals, van vaktherapeutisch behandelaanbod en de daarvan waargenomen effecten in de praktijk. Dit gebeurt onder andere in de vorm van producten (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2015).

De positionering van vaktherapeutische beroepen binnen de diverse zorgprogramma's bij Pro Persona is onder druk komen te staan vanwege de opdracht van de Raad van Bestuur om volgens richtlijnen te gaan werken (evidence based). Tegelijkertijd wilde men niet het gehele behandelaanbod kwijtraken. Om overzicht te verkrijgen in het aanbod voor vaktherapeutische beroepen is in een vorig project de Matrix Vaktherapie ontwikkeld (*zie bijlage 1 voor de Matrix*). Dit is een overzicht van 19 onderdelen voor behandelproducten vanuit de disciplines beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie en PMT (K. Hilderink, persoonlijke mededeling, 18 februari 2015). In het huidig onderzoeksproject worden producten die in de matrix beschreven staan, toegevoegd aan verschillende zorgprogramma's. Deze producten moeten echter evidence based beschreven worden en eenduidig op diverse locaties aangeboden worden. Alle vaktherapeuten werken vanuit een model in de matrix; deze moet echter verder worden uitgewerkt, beschreven en geïmplementeerd.

Momenteel is er te veel vaktherapeutisch aanbod onder dezelfde naam, dat verschillend uitgevoerd wordt. Het komt ook voor dat het aanbod verschillende benamingen heeft, maar hetzelfde beoogd. Kortom: er moet eenduidigheid komen in de aanpak en uitvoering zodat voor patiënten, (hoofd)behandelaren en de Raad van Bestuur helder wordt wat het vaktherapeutisch aanbod globaal inhoudt.

Vraagstelling vanuit de probleemanalyse

Binnen Pro Persona worden PMT behandelingen gegeven aan diverse doelgroepen. Anneke Özen geeft een specifieke paniekmodule aan patiënten met een paniekstoornis in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar. Zij heeft hiervoor een module beschreven maar deze is niet evidence based. Locatie Overwaal is gespecialiseerd in het behandelen van angst- en dwangstoornissen, zo ook in paniekstoornissen. De vraagstelling van Anneke Özen is dat haar ontwikkelde module beschreven wordt volgens richtlijnen (evidence based) in een productbeschrijving. Dit behandelproduct wordt opgenomen in de Matrix voor Vaktherapie, waardoor deze therapie op meerdere locaties binnen Pro Persona gehanteerd kan worden. Hierdoor kan er overeenstemming komen in het behandelaanbod binnen Pro Persona.

Terminologie

In dit onderzoek komen enkele termen voor waar wellicht enige toelichting gewenst is:

Catastrofaal: 'rampzalig', catastrofale gedachten zijn gedachten dat er iets rampzaligs gaat gebeuren.

Stepped care model: de patiënt krijgt een behandeling die niet zwaarder is dan noodzakelijk.

Arousal: activatietoestand van het centrale en autonome zenuwstelsel. Een opwekking.

Life-events: gebeurtenissen van patiënten in werk- of privéleven die invloed kunnen hebben op (het ontstaan van) de problematiek.

5. VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING

Onderzoeksvraag

Welk psychomotorisch product leert patiënten lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te verdragen binnen Pro Persona voor volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis voor zowel klinische zorg als ambulante zorg?

Deelvragen

1. Wat wordt er verstaan onder een paniekstoornis?
2. Wat is er in de literatuur bekend over het huidige PMT aanbod voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?
3. Welke feedback hebben de PMT'ers, een hoofdbehandelaar en patiënten op het huidige PMT aanbod in de behandeling van paniekstoornis?
4. Hoe integreren PMT'ers de cognitieve gedragstherapie binnen de behandeling voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?
5. Welke doelen en tijdslimitering zijn gewenst voor een PMT behandelprogramma voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?
6. Welke interventies en attitude(n) zijn het meest geschikt voor patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?
7. Welke werkvormen en/of interventies ervaren patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis als meest effectief?
8. Welke literatuur biedt ondersteuning voor de werkwijze binnen het PMT aanbod bij patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?
9. Onder welke indicatiegebieden van de Matrix Vaktherapie valt het huidige PMT aanbod bij patiënten van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis?

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van een evidence based productbeschrijving voor de doelgroep 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis binnen Pro Persona. Het doel van dit product is het ontwikkelen van een vast behandelprogramma waarbij patiënten leren lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te begrijpen, verdragen en er mee om te gaan. Een vast behandelprogramma betekent dat er overeenstemming ontstaat in het PMT aanbod op de diverse locaties (consensus based). Vanuit deze productbeschrijving kunnen één of meerdere modules beschreven worden.

6. METHODEN

De methode van dit onderzoek is een ontwikkelingsonderzoek waarin in dit geval een productbeschrijving ontwikkeld wordt. Migchelbrink (2006) beschrijft dat er verschillende fasen worden onderscheiden in een ontwikkelingsonderzoek. Het ideale basisstramien van een traject ziet er als volgt uit: analyse en beschrijving uitgangsprobleem, omschrijven van de oplossingsrichting, inventarisatie van ontwerp- of oplossingsmogelijkheden, keuze voor het te maken onderwerp, inschatting van de realiseerbaarheid, uitwerken/vervaardigen van het ontworpen 'product', testen van het ontworpen 'product' en implementatie van het ontworpen 'product'. Deze stappen worden niet altijd volledig uitgevoerd. De fasen kunnen daarnaast ook door elkaar lopen (Migchelbrink, 2006). De analyse en beschrijving van het uitgangsprobleem is terug te vinden in de inleiding bij de beschrijving van de probleemanalyse. Daarnaast heeft de opdrachtgever aangegeven dat de oplossingsrichting een PMT behandelprogramma moet zijn. Door het beantwoorden van de deelvragen en het observeren van het huidige PMT aanbod wordt in de uitvoering van het onderzoek gestreefd naar oplossingsmogelijkheden om tot de eisen voor het PMT product te komen. In samenwerking met de opdrachtgever en andere direct betrokkenen (PMT'ers op andere locaties met dezelfde doelgroep en/of patiënten), worden keuzes gemaakt die passen in de praktijk wat betreft de organisatie en realiseerbaarheid. Hierdoor ontstaat er aan het eind van de onderzoeksperiode een specifieke productbeschrijving die als vast behandelprogramma wordt geïmplementeerd. Vanwege het tijdspad kan deze niet getest worden.

Deze productbeschrijving komt voort uit een PMT paniekmodule die toegepast wordt door Anneke Özen bij Pro Persona. Door middel van onderstaande onderzoeksmethoden is de PMT productbeschrijving verder ontwikkeld. De volgende onderzoeksmethoden zijn hierbij gebruikt:

- Bestaande gegevens;
- Interviews;
- Enquêtes;
- Observaties;
- Literatuuronderzoek.

Bestaande gegevens

Betrekking op deelvragen: 2, 5, en 6.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van bestaande gegevens die de instelling en/of therapeuten al hebben geschreven, zoals een onderbouwing voor het huidige PMT aanbod. Dit zijn modules, behandelproducten en vrije beschrijvingen geweest.

Interviews

Betrekking op deelvragen: 3, 4,5,6 en 9.

Interviews zijn afgenomen bij behandelaren binnen Pro Persona die werken met patiënten met een paniekstoornis. Deze interviews zijn afgenomen bij PMT'ers op twee locaties (Overwaal in Lent en Riethorst in Ede). Op de locatie Overwaal wordt de paniekmodule toegepast en is er ervaring met het huidige PMT aanbod voor patiënten met een paniekstoornis, waardoor zij waardevolle informatie kunnen geven. Deze informatie bestaat uit wat zij vinden dat in het product hoort en wat er verbeterd kan worden aan het huidige PMT aanbod. Daarnaast is er één hoofdbehandelaar van Overwaal, de locatie die gespecialiseerd is in paniekstoornis, geïnterviewd. Hier is voor gekozen omdat het van belang is om de kijk op PMT van een andere invalshoek mee te nemen. Gezien de tijd van de onderzoeksperiode is voor maar één hoofdbehandelaar gekozen. Er is voor de locatie Overwaal gekozen omdat zij een gespecialiseerd centrum zijn voor mensen met een paniekstoornis waardoor de verwachting is dat de meest relevante informatie kan worden verkregen.

De interviews zijn voorbereid middels een aantal hoofdvragen. Ter verduidelijking zijn waar nodig extra vragen gesteld. Er is gebruik gemaakt van een halfgestructureerd open interview, waarbij de onderwerpen

die in de loop van het interview aan de orde moeten komen, zijn vastgesteld. De volgorde hiervan is vooraf niet vastgesteld (Migchelbrink, 2006).

De interviews zijn met een voice recorder opgenomen. Hier is vooraf toestemming voor gevraagd aan de geïnterviewde. Het interview is vervolgens uitgewerkt en gestuurd naar de geïnterviewde ter controle en bevestiging en werd gewijzigd waar nodig was. De uitkomsten van de interviews zijn uiteindelijk samengevat in hoofdonderwerpen. Hierdoor is voor de verwerking van de gegevens een overzichtelijk naslagwerk ontstaan onder de betreffende deelvragen.

Enquêtes

Betrekking op deelvragen: 3 en 7.

De patiënten zijn de mensen waar het uiteindelijk voor geschreven wordt. Het is van belang dat zij hun mening kunnen geven zodat er ook een beeld ontstaat vanuit de ervaring van de patiënten. Er wordt daarom een enquête afgenomen bij patiënten waarbij zij feedback kunnen geven op het huidige PMT aanbod binnen Pro Persona. De patiënten zijn na afloop van de PMT behandeling gevraagd deze enquête in te vullen. De enquête bestond uit onder andere gesloten vragen (schaalvragen van 0-10, waarbij 0 een lage score en 10 een hoge score is) waarbij de patiënten een beoordeling over het huidige PMT aanbod konden geven. Er waren ook enkele open vragen gesteld waarbij patiënten konden aangeven welke werkvorm of interventie zij als meest effectief hebben ervaren zodat dit meegenomen kon worden in het product. De resultaten van de enquête zijn te zien onder het kopje resultaten, deelvraag 7.3 en 7.7. Voor de verwerking van de gegevens een overzichtelijk naslagwerk ontstaan onder de betreffende deelvragen.

Observaties

Betrekking op deelvragen: 4 en 6.

Om een indruk te krijgen van het huidige PMT aanbod is het meelopen met de paniekmodule op de locatie Overwaal een waardevolle bijdrage geweest. Hierbij stond het observeren van doelen, interventies, werkvormen en attitude centraal, maar ook het creëren van een beeld van de patiëntengroep. Er is ook een mogelijkheid geweest om eenmaal op de locatie Riethorst in Ede te observeren. Dit was echter geen specifieke paniekmodule en werd er met een andere methode (Barlow methode) gewerkt. Na afloop is de beschrijving van het product ingedeeld in de Matrix Vaktherapie.

Literatuuronderzoek

Betrekking op deelvragen: 1, 2, 4, 5, 6, 8 en 9.

Om verdere kennis op te doen rondom de PMT behandeling voor patiënten met een paniekstoornis is er een literatuuronderzoek gedaan. Hiermee is naar meer verdieping gezocht voor een PMT behandeling voor patiënten met een paniekstoornis. Hierbij is gebruik gemaakt van databases (via HAN-Quest en Google Scholar), online tijdschriften (onder andere via HAN studiecetra), bibliotheekcatalogie (HAN studiecetra) FVB, NVPMT (De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie), CPMO (Commissie Product en Module Ontwikkeling), Tijdschrift voor Vaktherapie en de Multidisciplinaire Richtlijnen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Daarnaast is gezocht naar artikelen die ik vanuit mijn opleiding heb verzameld en is er vrij op internet gezocht naar relevante informatie. Na het lezen van de gevonden literatuur is relevante informatie geselecteerd en een samenvatting van gemaakt. Na alle verzamelde samenvattingen is nog eens alles doorgelezen en beoordeeld op relevantie voor het onderzoek. Hiervan is een gemakkelijk naslagwerk gemaakt om gegevens te verwerken in het onderzoeksverslag.

7. RESULTATEN

7.1 WAT WORDT ER VERSTAAN ONDER EEN PANIEKSTOORNIS?

Om een duidelijk beeld te krijgen van de doelgroep is het belangrijk om te weten wat een paniekstoornis inhoudt. Een paniekstoornis kan volgens de DSM-IV-TR (2007) onderverdeeld worden onder twee diagnoses: paniekstoornis met agorafobie en paniekstoornis zonder agorafobie. Voor het onderzoek van het product gaat het over patiënten met een paniekstoornis zowel met als zonder agorafobie. Patiënten met een paniekstoornis hebben last van (onverwachte) paniekaanvallen. Een paniekaanval is op zichzelf geen diagnose (Hout, Schruers & Perreijn, 2007).

Een paniekaanval is een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen.

Op het moment dat iemand vier of meer van onderstaande symptomen plotseling binnen tien minuten tot het maximum bereiken wordt er gesproken van een paniekaanval (APA, 2007).

- Hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie;
- Transpireren, trillen of beven;
- Gevoel van ademnood of verstikking;
- Naar adem snakken;
- Pijn of onaangenaam gevoel op de borst;
- Misselijkheid of buikklachten;
- 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 of koude rillingen.

Gezien er bij de PMT behandeling voor paniekstoornis bij Pro Persona de DSM-IV-TR gehanteerd wordt, is het product beschreven volgens deze criteria. De wijzigingen in de herziende druk DSM-5 is dat paniekaanvallen nu als een specificatie worden vermeld die voor alle stoornissen in de DSM-5 geldt. De paniekstoornis en agorafobie zijn niet met elkaar verbonden wat wil zeggen dat de stoornissen (paniekstoornis zonder agorafobie, paniekstoornis met agorafobie, agorafobie zonder paniekstoornis) worden vervangen door twee classificaties: de paniekstoornis en agorafobie (APA, 2014). Dit heeft echter geen gevolgen voor de PMT behandeling voor paniekstoornis, omdat deze patiëntengroep bestaat uit zowel met als zonder agorafobie.

Een gedeelte van de patiënten met een paniekstoornis heeft in meer of mindere mate ook last van agorafobische klachten (Bakker, Visser & Balkom, 2001). Agorafobie betekent letterlijk 'pleinvrees' en wil zeggen dat patiënten angstig zijn op plaatsen waar sprake is van open of veel ruimte. Daardoor vermijden patiënten met agorafobie deze situaties (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). Voorbeelden van deze situaties of plaatsen zijn onder andere: zich bevinden op een brug, plein of wachtrij, reizen met een bus, trein of auto of in het midden van een massa mensen te zijn. Dit zijn situaties waaruit patiënten moeilijk kunnen ontsnappen, waardoor paniekaanvallen kunnen ontstaan (APA, 2007). Als een patiënt onverwachte paniekaanvallen heeft en hierdoor dergelijke situaties vermijdt, wordt er gesproken van een 'paniekstoornis met agorafobie'. Wanneer vermijdingsgedrag voor situaties zoals plein, brug of een dijk ontbreekt wordt er gesproken van 'paniekstoornis zonder agorafobie' (Hout, Schruers & Perreijn, 2007). Alle patiënten met een paniekstoornis vertonen vermijdingsgedrag. Iemand met een paniekstoornis zonder agorafobie kan bijvoorbeeld lichamelijke inspanning vermijden om lichamelijke gewaarwordingen niet te hoeven voelen die voor hen een paniek voorspellende betekenis hebben.

Patiënten met een paniekstoornis zonder agorafobie hebben voornamelijk last van onverwachte paniekaanvallen. Hierdoor is er ook voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval. Patiënten zijn ook bezorgd over de consequenties van de aanval. Hierbij is te denken aan het verliezen van

zelfbeheersing, gezichtsverlies ten aanzien van de omgeving, een hartaanval krijgen of 'gek worden'. Een ander symptoom is gedragsverandering in samenhang met de aanvallen (APA, 2007). Patiënten met een paniekstoornis met agorafobie hebben dezelfde klachten alleen vermijden situaties zoals hierboven beschreven staat. Belangrijk bij een paniekstoornis is dat er onderscheid gemaakt wordt tussen paniekaanvallen die al dan niet voortkomen uit middelengebruik of een somatische aandoening of een andere psychische stoornis. Voorbeelden hiervan zijn een sociale fobie, een specifieke fobie, een dwangstoornis of een posttraumatische-stressstoornis (Hout, Schruers & Perreijn, 2007).

Paniek is een psychologische en somatische toestand waarin het lichaam in hoogste staat van alertheid verkeert. De angst bij paniek heeft met een algeheel gevoel van controle-verlies te maken (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). Patiënten denken de controle over een deel van hun functioneren kwijt te raken of te zijn. Anticipatie-angst is kenmerkend voor een paniekstoornis. Hierdoor wordt de dreiging om de controle te verliezen versterkt (Emmelkamp, Scholing & Bouman, 1995). Emmelkamp (1995) onderscheidt in zijn boek: "Angst, fobieën en dwang" vier thema's vanuit de controle-verlies die patiënten lijken te ervaren:

- De angst voor *somatisch* controle-verlies;
- De angst voor *psychisch* controle-verlies;
- De angst voor *gedragmatig* controle-verlies;
- De angst voor *sociaal* controle-verlies.

Patiënten met angst voor somatisch controle-verlies zijn vooral bang voor een hartinfarct, flauwvallen en/of hersenbloeding. Het gaat er hierom dat ze bang zijn dat hun lichaam het 'laat afweten'. Patiënten met angst voor psychisch controle-verlies zijn vooral bang om de grip op gebeurtenissen te verliezen en denken 'gek' te worden. Patiënten met angst voor gedragmatig controle-verlies zijn bang om de controle te verliezen over het eigen gedrag. Ze vrezen voor totale ontremming, dat ze met iets gooien of zichzelf wat aandoen. Patiënten met een angst voor sociaal controle-verlies schamen zich meestal voor de symptomen van toegenomen arousal. Ze schamen zich bijvoorbeeld voor trillen, zenuwachtigheid of het weg willen gaan. Het is van groot belang om van patiënten een duidelijk beeld te krijgen van de wijze waarop de patiënt controle-verlies beleeft. Deze informatie biedt belangrijke aanknopingspunten voor de behandeling.

Twee soorten angst

De emotie 'angst' is eigenlijk onder te verdelen in twee soorten angst: angst hebben voor iets wat er in de toekomst zou kunnen gebeuren en angst als een intensieve, emotionele reactie op een dreiging of gevaar. De reactie van het lichaam op acuut gevaar is de vecht-of vluchtreactie. Hierbij activeert het somatische zenuwstelsel de angst zodat het lichaam zich voorbereid op een gevaarlijke situatie. Alles wat gebeurt in het lichaam is erop gericht om te helpen met reageren op dreigingen, zowel op een agressieve manier (vechten) als uit de situatie ontsnappen (vluchten) middels vermijding of veiligheidsgedrag. Boosheid is ook een reactie op een mogelijke dreiging. Vaak voelt iemand vlak voor de boosheid kwetsbaarheid of een bedreiging (Anthony & Norton, 2009).

Triggers

Er zijn twee soorten triggers te onderscheiden: externe triggers en interne triggers. Externe triggers zijn situaties, bezigheden of objecten die we als bedreigend ervaren. Hierbij is te denken aan: autorijden, vliegen, spreken in het openbaar, openbaar vervoer of liften. De angst-trigger komt van buitenaf. Wanneer de overtuiging van iemand is dat een externe trigger een dreiging inhoudt, vermijdt hij/zij de situaties, bezigheden of objecten of wordt er veiligheidsgedrag vertoond. Interne triggers voor angst zijn innerlijke, persoonlijke ervaringen die we als bedreigend ervaren. Dit kunnen lichamelijke gewaarwordingen zoals hartkloppingen, versnelde ademhaling, zweten, gevoel van ademnood, beven of duizeligheid zijn (interoceptieve triggers). Het kunnen ook gedachten of beelden zijn zoals herinneringen van nare gebeurtenissen in het verleden, bang iemand te verliezen, bang om te braken of bang om zichzelf iets ernstigs aan te doen (cognitieve triggers).

Patiënten die angstig/paniekerig reageren op triggers zijn vaak bang voor hun emoties, vooral om zich bang of angstig te voelen, wat wordt geassocieerd met de gewaarwordingen, gedachten en beelden die zij

nu juist als bedreigend beschouwen (Anthony & Norton, 2009).

Vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag

Het gedrag wat patiënten met een paniekstoornis vertonen kan onderverdeeld worden onder twee strategieën die het meest problematisch zijn. De eerste strategie is vermijdingsgedrag. Vermijdingsgedrag draagt bij tot het in stand houden van angst. Hierdoor leer je niet dat de situatie eigenlijk veilig is, waardoor de angst nooit de kans krijgt om te verminderen. Op korte termijn zorgt het vermijden er voor dat de angst onder controle wordt gehouden, terwijl het effect op langere termijn precies het tegenovergestelde is. De tweede strategie is veiligheidsgedrag. Patiënten gebruiken veiligheidsgedrag om op korte termijn de angst te verminderen. Hierdoor voedt dergelijk gedrag de angst evenals vermijdingsgedrag. Het is een subtielere vorm van vermijding. Voorbeelden hiervan kunnen zijn: medicatie meenemen tegen angst voor het geval dat ze een paniekaanval krijgen, altijd samen willen zijn met iemand die ze een veilig gevoel geeft, overal een flesje water meenemen tegen een droge mond, veelvuldig controleren van hun hartslag en bloeddruk of altijd in de buurt blijven van uitgangen in openbare gelegenheden (Anthony & Norton, 2009).

Ontwikkelen van een paniekstoornis

Onder invloed van diverse factoren die verklaard kunnen worden aan de hand van het biopsychosociaal model ontwikkelen patiënten een paniekstoornis als gevolg van een emotieregulatie probleem. Mensen die het moeilijk vinden om emoties te reguleren ontwikkelen eerder panieklachten (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013).

In het biopsychosociaal model wordt benadrukt dat de menselijke werkelijkheid in drie verschillende factoren is onder te verdelen: biologisch, psychologisch en sociaal. Onder de biologische factor wordt het lichaam en de erfelijkheid verstaan, onder de psychologische factor wordt het gedrag en de cognities verstaan en onder de sociale factor wordt de sociale omgeving waarin patiënten functioneren verstaan. Deze drie factoren staan in verbinding met elkaar. In het biopsychosociaal model wordt uitgegaan van het feit dat deze drie factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van een psychische stoornis, maar ook bij het in stand houden van een psychische stoornis en het herstel van klachten. Hierdoor ontstaat er een wisselwerking tussen de drie factoren. Daarnaast wordt er vanuit gegaan dat wanneer de klachten op één gebied behandelt worden, dit mogelijk de klachten op een ander gebied zal verminderen/verdwijnen (Rigter, 2008). De (neuro)biologische oorzaak van het ontwikkelen van een paniekstoornis is de hypergevoeligheid van de amygdala, een kern in de hersenen die betrokken is bij de emotionele evaluatie van stimuli. Deze bepaalt of een stimuli 'veilig' of 'onveilig' is. Als de amygdala de situatie 'onveilig' verklaart, geeft hij een code rood signaal naar de hypothalamus. Code rood zet via zenuwbanen aan tot afgifte van adrenaline en noradrenaline, de twee stresshormonen die het lichaam in de hoogste staat van paraatheid houden. Bij mensen met een paniekstoornis worden deze stresshormonen dus sneller gestimuleerd. Een andere biologische oorzaak kan het geslacht zijn. Vrouwen ontwikkelen eerder een paniekstoornis dan mannen. Daarnaast kan iemand een angstige aanleg hebben, waarbij de reactie op een bepaalde stimuli wordt bepaald door genetische factoren (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). Voor het ontwikkelen van een paniekstoornis speelt bij de psychologische factor de angstsensitiviteit een rol. Angstsensitiviteit is de mate waarin iemand in de leergeschiedenis geleerd heeft om lichamelijke gewaarwordingen op een angstwekkende en catastrofale manier te interpreteren. Daardoor ontstaat er gemakkelijk een paniekaanval. Angstige aanleg zorgt ervoor dat de paniekaanvallen vaker voorkomen waardoor je een paniekstoornis kan ontwikkelen. Als laatste speelt bij een paniekstoornis met en zonder agorafobie een gering zelfvertrouwen een rol bij de psychologische factor (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). Life-events kunnen een sociologische rol spelen voor het ontwikkelen van een paniekstoornis. Dit kunnen zowel negatieve gebeurtenissen (scheiding, ziekte of sterfgeval) als positieve gebeurtenissen (geboorte kind of promotie) zijn. Mensen kunnen panieklachten krijgen als ze in soortgelijke situaties terecht komen. Deze situaties ontwrichten emoties die in geval van een emotieregulatie probleem kunnen leiden tot een paniekstoornis. Op het moment dat mensen zich in een sociaal isolement verkeren is dat een in stand houdende factor voor de paniekstoornis.

Comorbiditeit

Wanneer er meerdere stoornissen samen optreden is er sprake van comorbiditeit. Comorbide problematiek komt voor bij 70 tot 100% van de patiënten met een paniekstoornis met en zonder agorafobie, of paniekaanvallen. Paniekaanvallen en een paniekstoornis gaan vaak samen met een depressieve stoornis, en agorafobie komt vaak voor samen met een andere angststoornis (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). Voor dit PMT product geldt dat de patiënten gediagnosticeerd zijn met paniekstoornis met of zonder agorafobie (op AS I) en dat de focus binnen deze behandeling alleen op de panieklachten wordt gericht. De patiënten zijn in staat om binnen deze behandeling zich alleen op de panieklachten te richten.

7.2 WAT IS ER IN DE LITERATUUR BEKEND OVER HET HUIDIG PMT AANBOD VOOR PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS?

Om tot een duidelijk beeld te komen van wat er bekend is over het huidig PMT aanbod geeft de algemene behandeling voor paniekstoornis aanvullende informatie, omdat daar aspecten worden behandeld die ook in de PMT behandeld worden. Daarnaast is over de algemene behandeling voor paniekstoornis meer wetenschappelijke onderbouwing geschreven waardoor deze informatie wordt gebruikt om tot een evidence based product te komen.

De GGZ-richtlijnen gaan uit van een stepped care model wat inhoudt dat de patiënt een behandeling krijgt die niet zwaarder is dan noodzakelijk. De patiënt begint met de lichtst mogelijke behandeling en bij onvoldoende resultaat wordt er een zwaardere behandeling ingezet (Heycop ten ham, Vos, & Hulsbergen, 2013).

Behandeling paniekstoornis algemeen

Het behandelprotocol paniekstoornis is onderzocht en levert significante verbetering op bij de patiënten. De behandeling is gericht op het anders leren omgaan met paniekaanvallen. Het bestaat uit verschillende onderdelen van cognitieve gedragstherapie (CGT):

- Psycho-educatie: de paniekstoornis uitleggen aan de patiënt, dit helpt te begrijpen wat er in het lichaam gebeurt en wat er aan de hand is.
- Interoceptieve exposure: patiënt leert wennen aan de lichamelijke gewaarwordingen.
- Cognitieve (gedrags)therapie: cognitieve therapie leert patiënten om automatische, angstige gedachten te herkennen en alternatieve gedachten te formuleren.
- Exposure in vivo: opzoeken van angstige situaties waarbij er gericht is op blootstelling aan lichamelijke gewaarwordingen en deze daarbij kunnen uitdoven. Zorgt voor vermindering van vermijdingsgedrag (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2012).
- Farmacotherapeutische behandeling: de patiënt krijgt medicatie tegen de panieklachten.

Volgens het stepped care model wordt er bij onvoldoende effect van cognitieve gedragstherapie gestart met farmacotherapie. De keuze voor farmacotherapie en voor een bepaald medicijn wordt mede bepaald door het effect van een medicijn, eerdere respons op medicatie, contra-indicaties, comorbide depressie en de wens van de patiënt. Farmacotherapie is ongeveer even effectief als CGT. Een combinatiebehandeling tussen farmacotherapie en CGT is in het begin van de behandeling het meest effectief. Dit verschil verdwijnt weer bij follow up na drie of zes maanden (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). CGT wordt verder uitgelegd in deelvraag 7.4.

Bij onderzoek naar de psychologische behandeling van de paniekstoornis zijn drie onderzoeksrichtingen gevolgd. In de eerste richting is er onderzoek gericht op de effecten van het leren hanteren van lichamelijke verschijnselen, de andere richting op de effectiviteit van gedragsverandering en in de laatste richting werden expliciet cognitieve gedragsveranderingen nagestreefd. De resultaten van de onderzoeken zijn als volgt samen te vatten:

- Specifieke coping skills gericht op lichamelijke gewaarwordingen van paniek (met name toegepaste relaxatie en ademhalingstraining) zijn effectief bij het reduceren van het aantal aanvallen;
- Systematische interoceptieve exposure verminderd het aantal paniekaanvallen;
- Cognitieve gedragstherapie is effectief in het reduceren van het aantal paniekaanvallen.

Niet alle psychologische behandelingen voor paniek zijn even effectief. De onderzoeksresultaten suggereren dat interoceptieve exposure waarbij met name gericht wordt op het veranderen van opvattingen omtrent lichamelijke arousal een zeer effectieve behandeling is voor patiënten met een paniekstoornis (Emmelkamp, Scholing & Bouman, 1995).

De toegepaste relaxatie wordt uitgebreider beschreven in deelvraag 7.9 en de interoceptieve exposure en CGT worden bij deelvraag 7.4 beschreven. Tevens is er een andere vorm van exposure (exposure in vitro) die wordt toegepast binnen de behandeling van paniekstoornis bij Pro Persona. Hierbij gaat het om situaties of gevoelens voor de geest halen. Patiënten worden op een symbolische manier blootgesteld aan datgene waar ze panieklachten van krijgen (A. Özen, persoonlijke mededeling, 21 mei 2015).

De behandeling voor paniekstoornis wordt onderverdeeld in drie aspecten: het uitleggen van de rationale aan de patiënt, het opstellen van een angst hiërarchie en het uitvoeren en bespreken van exposure-opdrachten. Het is van belang dat de patiënt de principes van de behandeling begrijpt. Zowel de uitleg over de paniekstoornis als de uitleg over de exposure oefeningen zijn hierbij belangrijk. Vervolgens gaat de patiënt een hiërarchie opstellen van situaties waarin de patiënt angstig/paniekerig is of die de patiënt vermijdt. Het laatste onderdeel is het uitvoeren en bespreken van de exposure opdrachten. Het is belangrijk dat de patiënt per keer anderhalf tot twee uur hieraan besteedt. Hierbij is het wenselijk geruime tijd stil te staan bij de ervaring. Dit is een belangrijke ingang voor PMT: het leren voelen zoals lichamelijke gewaarwordingen en de bijbehorende emoties. De patiënt dient hiervan goed doordrongen te zijn (Emmelkamp, Scholing & Bouman, 1995). De hiërarchie is geen richtlijn waarbinnen strikt aan de volgorde vastgehouden moet worden omdat dit impliciet de boodschap aan patiënten geeft dat behandeling (exposure oefeningen) steeds angstiger worden. Dit betekent dat er willekeuring geoefend wordt waarbij de exposure gericht is op de angstige situaties die de patiënt wil vermijden en waarbij de angstige verwachting getoetst kan worden.

PMT behandeling paniekstoornis

In de PMT behandeling worden de bovenstaande resultaten toegepast. Deze worden ingezet door middel van bewegings- lichaamsgerichte oefeningen. Van den Bogert (2008) beschrijft in het artikel: "Exposure, ontspanning en concentratie. Psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen" dat een psychomotorische behandeling voor paniekstoornis bestaat uit interoceptieve exposure, taakconcentratie en ontspanning. Interoceptieve exposure heeft als doel de angst die door allerlei lichamelijke gewaarwordingen opgeroepen kan worden, te laten uitdoven. Hierdoor leren patiënten de signalen met een paniek voorspellende betekenis te leren verdragen. Het gaat om lichamelijke gewaarwordingen zoals duizeligheid, misselijkheid, benauwdheid, wazig zien, trillen, tintelingen en hartkloppingen. Deze lichamelijke gewaarwordingen kunnen gepaard gaan met angst en of paniek. Bij PMT leren patiënten dat lichamelijke gewaarwordingen (on)bewust opgeroepen kunnen worden en dat deze ook vanzelf weer verdwijnen. Ook leren patiënten dat deze lichamelijke gewaarwordingen geen kwaad kunnen. Het doel hiervan is dat zij wennen aan lichamelijke gewaarwordingen en daar niet angstig van worden (Bogert & Scholten, 2008). In de Multidisciplinaire Richtlijnen voor Angststoornissen staat beschreven dat van ademhaling/ontspanningsoefeningen onvoldoende bewezen is dat zij zelfstandig een bijdrage leveren aan angstvermindering. Relaxatie oefeningen (een vorm van aandachtsgerelateerde oefeningen) in de vorm van progressieve- en toegepaste relaxatie leveren daarentegen wel een bijdrage bij angstreductie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Deze bijdrage is echter minder effectief dan de cognitieve gedragstherapeutische interventies. Binnen Pro Persona worden aandachtsgerelateerde oefeningen, naast de cognitieve gedragstherapeutische interventies, als toegevoegde waarde gezien en worden deze gehanteerd binnen de PMT behandeling. Daarnaast worden aandachtsgerichte oefeningen ingezet om de aandacht in het hier en nu te houden. Mensen met een paniekstoornis richten veel de aandacht op zichzelf in spannende situaties, met name op hun lichamelijke gewaarwordingen. Hierdoor kan de concentratie op een taak sterk verhindert worden. Wanneer een patiënt volledig met de aandacht in het hier en nu is en zich kan richten op wat hij/zij aan het doen is of op de lichamelijke gewaarwordingen, wordt het reflectieve zelfbewustzijn op dat moment uitgeschakeld (Bogert & Scholten, 2008).

Binnen een PMT behandeling wordt op een methodische wijze gebruik gemaakt van interventies gericht op lichaamservaring en/of het bewegingsgedrag/handelen voor mensen met emotieregulatie problemen. Dit wordt uitgeoefend in verschillende bewegings- en lichaamsgerichte situaties. Het (bewegings)gedrag in de PMT ruimte wordt vergeleken met het (bewegings)gedrag in het dagelijks leven. Hierbij staat het ervaren en beleven van het eigen lichaam centraal. Lichaamservaringen en lichamelijke gewaarwordingen zijn essentiële onderdelen binnen de behandeling, waarbij er onderscheid gemaakt wordt in emoties en spanning voor zowel individuele als groepsmogelijkheden.

De werkvormen die in de PMT ruimte aangeboden hebben een ondersteunende rol. Ze maken het mogelijk emoties te beleven, te herkennen, te benoemen en te hanteren. Hierbij staat het waarnemen van lichamelijke gewaarwordingen, betekenis verlenen aan deze gewaarwordingen en het vertalen hiervan in adequaat handelen centraal. Tevens worden er handvatten geboden die bruikbaar zijn in de situatie in het hier-en-nu in de zaal en die binnen vergelijkbare situaties in het privéleven van de cliënt toegepast kunnen worden (Karnebeek, Versluis, Hakvoort, Bier & Özen, 2015).

7.3 WELKE FEEDBACK HEBBEN DE PMT'ERS, EEN HOOFDBEHANDELAAR EN PATIËNTEN OP HET HUIDIG PMT AANBOD IN DE BEHANDELING VAN PANIEKSTOORNIS?

Om het PMT product uiteindelijk te kunnen vormgeven, is eerst de feedback over het huidig PMT aanbod binnen Pro Persona opgenomen. Om tot een zorgvuldig naslagwerk te komen wordt de feedback hieronder gekaderd in hoofdonderwerpen die naar voren zijn gekomen. Overige informatie uit de interviews en/of enquêtes die betrekking hebben op andere deelvragen zijn onder de betreffende deelvragen beschreven.

Positieve feedback huidig PMT aanbod

De resultaten uit de interviews met de PMT'ers geven weer dat het huidig PMT aanbod zich zowel richt op de klacht van de patiënt als op de instandhoudende factoren. De klachten kunnen dan de paniekaanvallen zijn en de instandhoudende factoren zijn de vermijding strategieën, veiligheidsgedrag of de catastrofale misinterpretaties waardoor de paniekstoornis in stand gehouden wordt. De kracht van PMT is bewegings- en lichaamsgericht te werk te gaan door letterlijk in de ervaring van een paniekaanval gaan en de lichamelijke gewaarwordingen die daarbij horen oproepen. Hierdoor leren de patiënten wat de betekenis is van deze gewaarwordingen en leren ze (door deze te verdragen) dat de lichamelijke gewaarwordingen uit zichzelf verminderen of verdwijnen.

Het feit dat spelplezier belangrijk is, wordt als een sterk punt van PMT ervaren. Hierdoor ontstaat er een ontspannen sfeer en krijgen de patiënten meer zelfvertrouwen. PMT'ers geven aan dat patiënten zich daardoor meer open durven te stellen om hun kwetsbaarheid te tonen. Het feit dat de behandeling in groepsverband wordt aangeboden komt het proces van de patiënten ook ten goede. De vertrouwelijke sfeer, die ontstaat door persoonlijke ervaringen te delen, herkenning vinden bij anderen en elkaar tips en ondersteuning bieden zorgt ervoor dat je een veilige omgeving creëert om te durven experimenteren. De aandachtsgelateerde oefeningen zijn volgens de PMT'ers zinvol in de behandeling omdat de aandachtsoefeningen gericht op de ademhaling zijn waarbij de focus ligt op acceptatie en niet op het veranderen van bijvoorbeeld de ademhaling. Het verschil met ontspanningsoefeningen (die niet worden ondersteund door de richtlijnen) is dat bij aandachtsoefeningen de ademhaling niet wordt gestuurd. Dit zou namelijk ingezet kunnen worden als veiligheidsgedrag. Door acceptatie kan er als positief bijverschijnsel wel ontspanning ontstaan, maar dit is nadrukkelijk niet het doel. Daarbij heeft de oefening gericht op de ademhaling de functie van het leren de aandacht te verleggen. Hierbij dient wel weer opgelet te worden, dat het niet ingezet wordt als vermijding.

De hoofdbehandelaar geeft in het interview aan dat het gebruiken van je lichaam als ingang van de behandeling een intensievere en gerichtere manier is. Het direct 'aan den lijve' te werk gaan, wordt gezien als een grote meerwaarde binnen de behandeling voor patiënten met een paniekstoornis. Dit geldt voornamelijk bij de spanning gerelateerde klachten van de patiënten. Door ervaringsgericht te werk te gaan komen de patiënten sneller in contact met hun lichaam en wellicht met de achterliggende problematiek. Ook het observeren van lichaamstaal is een waardevolle manier om te zien of een patiënt vermijding of veiligheidsgedrag inzet. De hoofdbehandelaar geeft aan dat een PMT'er dit beter kan als een psychiater,

psycholoog of een cognitief gedragstherapeut. De aandachtsoefeningen en daarbij bewust zijn van je lichamelijke gewaarwordingen zijn een belangrijke bijdrage in de behandeling van paniekstoornis. Mindfulness is een vorm van aandacht gerelateerde oefeningen en heeft als doel om de patiënt losser van de paniekstoornis te laten staan. De patiënt kan oefenen door van een afstand met alle aandacht symptomen van een afstand te aanschouwen. Daarnaast kunnen meditatietechnieken de patiënt helpen om tijdens de panieklachten de lichamelijke gewaarwordingen te verdragen in het hier-en-nu (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013).

Uit de enquêtes van de patiënten is gebleken dat zij de PMT paniekmodule als meerwaarde beschouwen binnen het behandelprogramma. Voornamelijk omdat er bewegingsgericht te werk wordt gegaan. De patiënten worden letterlijk in de ervaring gebracht en ontdekken 'aan den lijve' wat de paniekstoornis betekent voor de patiënten. Een aantal patiënten beschreven hierin dat dit de 'moeilijkste' module van het gehele behandelprogramma was, omdat deze module volgens hen erg confronterend was. Dit kwam voornamelijk voort uit het idee dat op het moment dat je alleen 'praat over' de paniekstoornis, je nog een bepaalde afstand kunt creëren door lichamelijke sensaties te onderdrukken (middels vermijding of veiligheidsgedrag). Dit kan bij de PMT nauwelijks doordat je 'aan den lijve' in de ervaring van de paniekstoornis komt. Je creëert vergelijkbare lichamelijke gewaarwordingen zoals bij een paniekaanval en tegelijkertijd worden de patiënten gestimuleerd deze lichamelijke gewaarwordingen er 'te laten zijn' en te verdragen. Hierdoor leren patiënten ook dat deze verminderen en krijgen ze besef van de catastrofale misinterpretaties.

Als waardering voor het huidige PMT aanbod geven de patiënten het cijfer 8 (op schaal van 0-10).

Gemiddeld scoren de patiënten een 7,5 als waardering voor het onderdeel psycho-educatie. Daar kan uit geconcludeerd worden dat zij deze interventie zinvol vinden binnen de PMT. Ook beamen de patiënten dat het waardevol is om vanuit de vier thema's te werken van angst voor controle-verlies. Afhankelijk waar de patiënten hun triggers uit herkennen wordt aangegeven hoe zinvol één of meer van de vier gebieden zijn.

Gemiddelde cijfers (op schaal van 0-10) voor de vier thema's zijn:

Angst voor somatisch controle-verlies: 7,8

Angst voor psychisch controle-verlies: 6,5

Angst voor sociaal controle-verlies: 7,5

Angst voor gedragsmatig controle-verlies: 6,5

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de thema's niet voor alle patiënten gelijkgestemd zijn. Zo is te zien dat angst voor somatisch controle-verlies en angst voor sociaal controle-verlies thema's zijn waar patiënten het meest baad bij hebben. Omdat er maar één patiëntengroep is ondervraagd (er zijn nog geen meerdere patiëntengroepen specifiek gericht op paniekstoornis) kan er niet vanuit gegaan worden dat deze cijfers betrouwbaar zijn en zou er in een eventueel vervolg onderzoek moeten plaatsvinden.

Verbeterpunten huidig PMT aanbod

Doordat er sprake is van een open groepsaanbod, kan de inhoud minder strak aangeboden worden. Dit bemoeilijkt de evaluatie van het aanbod. Bij een modulair aanbod is meting en onderzoek gemakkelijker te realiseren wat de kwaliteitsverbetering ten goede kan komen. Op dit moment is het nog niet mogelijk om dit te realiseren binnen de organisatie. Scoringslijsten van panieklachten zijn een middel om te meten of de panieklachten verminderd zijn na de periode van intensieve behandeling. Door deze effectiviteitsmeting blijkt of PMT een toegevoegde waarde is voor de behandeling van een paniekstoornis. Tevens wordt zichtbaar voor de patiënt of de klachten verminderd of hetzelfde gebleven zijn aan het eind van de behandeling. Het is ook een middel om aan het begin van de behandeling te zien waar de klachten bij een patiënt liggen en welke doelen hierbij gesteld kunnen worden. Samen met Anneke Özen is besloten om twee scoringslijsten te hanteren: Body Sensations Questionnaire (BSQ) en Agorafobic Cognition Questionnaire (ACQ). Deze lijsten zijn ontwikkeld door Chambless, Caputo, Bright & Gallanger (1984). De BSQ meet hoe angstig mensen zijn voor paniek gerelateerde, lichamelijke gewaarwordingen. De vragenlijst sluit aan bij anticiperende angst (angst voor de angst). Een hoge score betekent veel angst voor de lichamelijke en psychische gewaarwordingen die optreden bij paniek. De ACQ meet de frequentie van bepaalde gedachten of zorgen die men kan hebben tijdens paniekaanvallen (Beurs, 1993). Hierdoor

ontstaat specifieke informatie over welke lichamelijke gewaarwordingen het meest angstwekkend zijn en welke specifieke catastrofale misinterpretaties daar aan worden gegeven (Craske & Barlow, 2013). De reden van deze keuze is omdat bij de BSQ duidelijk weergeeft welke lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis de patiënten hebben, en de ACQ juist de cognities hierbij weergeven. Hierdoor kunnen zowel de gedachten als de lichamelijke gewaarwordingen achterhaald worden bij de patiënt. Deze kunnen vervolgens onderverdeeld worden in de vier thema's van angst voor controle-verlies (somatisch, psychisch, sociaal en gedragsmatig). Hierdoor wordt ook voor de patiënt inzichtelijk welke klachten hij/zij heeft en of deze zijn verminderd na behandeling. Deze scoringslijsten (*zie bijlage 3 en 4*) worden toegevoegd in de productbeschrijving en worden vooraf afgenomen bij de patiënten zodat zichtbaar wordt welke klachten de patiënt heeft en aan het eind van de behandeling na 12 sessies zodat de effectiviteit gemeten kan worden van de behandeling. Tevens wordt voor de patiënt inzichtelijk of de paniek klachten zijn verminderd of verdwenen.

De inhoud en werkwijze wordt tot op heden onvoldoende gecommuniceerd binnen de instelling van Overwaal. Het beschrijven van dit product kan hierin iets veranderen, wat ten goede kan komen aan de doorverwijzing van patiënten en de samenwerking binnen de teams.

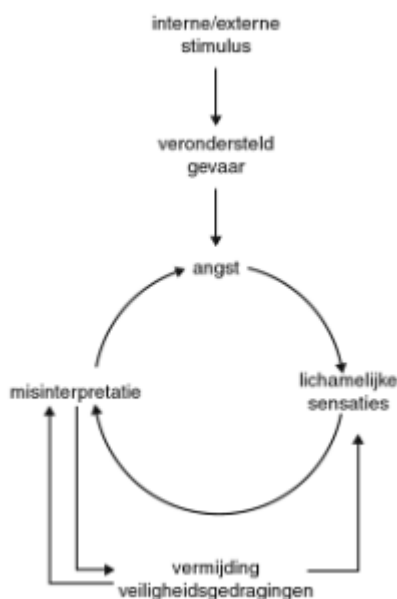
7.4 HOE INTEGREREN PMT'ERS DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BINNEN DE BEHANDELING VOOR PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS?

Over het algemeen worden diverse onderdelen van de CGT uitgevoerd door een psycholoog/gedragstherapeut. In het gespecialiseerde centrum voor angststoornissen (Overwaal) wordt ook in de PMT de CGT als referentiekader gehanteerd. De PMT'er is in staat om met een cognitief gedragstherapeutisch kader lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies uit te voeren. De cognitieve gedragstherapeutische technieken worden bij Pro Persona binnen de behandeling van paniekstoornis door verschillende professionals uitgevoerd. Zo wordt de cognitieve gedragstherapie door de psycholoog aangeboden, de exposure-in-vivo wordt uitgevoerd door de cognitieve gedragstherapeutische werkers (CGW-ers) en de interoceptieve exposure, exposure in vitro en aandachtsoefeningen worden uitgevoerd door de PMT'er.

Cognitieve gedragstherapie

De bewezen behandeling die effectief is voor paniekstoornis is de CGT (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). De behandeling van paniekstoornis met CGT is veelal gebaseerd op het model van Clark (*zie figuur 1*). Bij cognitieve gedragstherapeutische modellen wordt er vanuit gegaan dat mensen met een paniekstoornis irrationele gedachten hebben waardoor situaties of lichamelijke gewaarwordingen verkeerd geïnterpreteerd worden. Dit worden ook wel catastrofale misinterpretaties genoemd. Volgens het cognitieve paniekmodel van Clark zijn paniekaanvallen een gevolg van catastrofale misinterpretaties van lichamelijke of mentale verschijnselen. Deze verschijnselen, zoals een versnelde hartslag of duizeligheid, worden vaak opgevat als signalen die wijzen op een naderende ramp zoals een hartaanval of flauwvallen (Wells & Geluk, 2003). De angst die patiënten ervaren is niet een gevolg van een gebeurtenis, maar de manier waarop zij daar tegenaan kijken en de gedachten die ze daarbij hebben (Emmelkamp, Scholing & Bouman, 1995). Er ontstaat een vicieuze cirkel van situaties, cognities, angst en lichamelijke gewaarwordingen (gevoel) en gedrag. Deze cirkel ontstaat uit interne of externe stimuli die als bedreigend worden ervaren. Er ontstaan angstgevoelens en daaruit ontstaan lichamelijke gewaarwordingen. De angsttoestand wordt intenser op het moment dat de lichamelijke gewaarwordingen als catastrofaal geïnterpreteerd worden. Hierdoor belandt de patiënt in de vicieuze cirkel wat uiteindelijk leidt tot een paniekaanval. Deze cirkel, samen met het vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag houden de paniekstoornis in stand.

Bij CGT wordt vanuit de top-down benadering de patiënt uitgedaagd om de irrationele gedachten te corrigeren middels exposure (Wells & Geluk, 2003). CGT richt zich op het herevalueren van de panieksymptomen en de paniekaanvallen. De patiënt leert hierdoor dat de lichamelijke gewaarwordingen niet per definitie een beginnende paniekaanval zijn. Ademnood en hartkloppingen kunnen bijvoorbeeld ook na inspanning optreden (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013).



Figuur 1: Cognitieve paniekmodel volgens Clark (Wells & Geluk, 2003).

Psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie

De PMT'er geeft in het interview weer hoe de CGT in de PMT wordt geïntegreerd. Naast de top-down benadering van CGT is PMT een aanvullende bottom-up benadering binnen de behandeling van paniekstoornissen. Dit houdt in dat het opdoen van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte ervaringen aangrijpingspunt zijn in de beïnvloeding van cognities en gedrag. De CGT legt de nadruk op de cognitieve aspecten van de paniekstoornis. De PMT'ers richten zich meer op de lichamelijke gewaarwordingen. De wijze waarop PMT'ers de CGT integreren is vanuit de bewegingsgerichte ervaringen waarbij de cognities meegenomen worden. Vanuit de ervaring wordt gekeken welke gedachten er bij de patiënt waren. De catastrofale gedachten gekoppeld aan lichamelijke gewaarwordingen houden de panieklachten in stand. PMT gaat uit van een relationeel mens- en lichaamsbeeld (Hekking & Fellingier, 2011). Dat beeld past binnen het kader van het biopsychosociaal model. Het aangrijpingspunt bij PMT is dat de patiënt via het lichaam en middels bewegen betrokken is bij zijn/haar omgeving. Doordat PMT de patiënt een veelheid aan contexten kan aanbieden leert hij/zij nieuwe associaties te maken (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2012).

De emotie 'angst' heeft veel effect op het lichaam. Angst zorgt voor een hyper-arousal, wat inhoudt dat het lichaam in paraatheid is. Het lichaam is klaar voor actie en kan vechten of vluchten. Hierdoor ervaart men allerlei lichamelijke gewaarwordingen zoals een hoge hartslag, een versnelde ademhaling en stijging van spierspanning. De alertheid neemt vervolgens toe. Binnen de behandeling voor paniekstoornis richt een PMT'er zich met name op de lichamelijke aspecten en de daarbij behorende catastrofale gedachten (Bogert & Scholten, 2008). Hierbij is te denken aan het aanspannen van de spieren, het inhouden van de adem en geen ruimte durven innemen. Dit kan het gevoel van benauwdheid versterken en de ermee samenhangende paniek voorspellende cognities oproepen.

Weinig lichaamsbeweging leidt ertoe dat paniek voorspellende cognities niet getoetst en herzien kunnen worden. Daardoor worden emoties binnengehouden uit angst om de kwetsbaarheid te tonen. Dit verhoogt de lichamelijke spanning en emotionele arousal die mede de condities vormen voor het ontstaan van paniek. Vanuit dit gegeven blijkt dat lichaamsbeweging erg belangrijk is en PMT dus een meerwaarde voor de behandeling van paniekstoornis kan zijn.

Lichamelijke inspanningsoefeningen zijn geïndiceerd bij patiënten met een paniekstoornis. Oefeningen als hardlopen, traplopen, touwtje springen en rondjes draaien zijn zinvol. Hierbij roep je bepaalde lichamelijke gewaarwordingen op die patiënten vaak vermijden (Wells & Geluk, 2003). Het bijzondere aan PMT is dat er in de zaal een veelheid aan contexten aangeboden kan worden waarin de patiënt kan oefenen met één of

meer triggers die gekoppeld zijn aan paniek. Hierdoor wordt de kans op het maken van corrigerende ervaringen en nieuwe associaties groter. Deze contexten bestaan uit interoceptieve exposure oefeningen (dit wordt verder uitgelegd in deelvraag 7.6) gericht op angst voor somatisch en/of psychisch controle-verlies en in vitro-oefeningen gericht op gedragsmatig en sociaal controle verlies. Door het veelvuldig oefenen met interoceptieve exposure oefeningen vindt er enerzijds gewenning plaats, waardoor de patiënt vertrouwd raakt met lichamelijke gewaarwordingen en er dus minder angstig door wordt. Anderzijds worden voorafgaand aan de interoceptieve exposure oefeningen de paniek voorspellende verwachtingen in kaart gebracht en na afloop geëvalueerd. Hierdoor kan er cognitieve bijstelling van de paniekvoorspelling plaatsvinden. Tijdens het observeren op de locatie Overwaal is geconstateerd dat deze cognitieve bijstelling ontstaat door bij elke oefening vooraf de paniek voorspellende verwachtingen in kaart te brengen en achteraf te checken bij de patiënt of dit daadwerkelijk gebeurt. Door dit herhaaldelijk te blijven checken ontstaat er bij de patiënt na verloop van tijd cognitieve bijstelling.

In de uiting van emoties en in dit geval van angst is er vaak sprake van operante conditionering in de leergeschiedenis van de patiënt. Operante conditionering houdt in dat een respons gevolgd wordt door een bekrachtiging of een bestraffing in een leerproces. Deze operante conditionering uit zich in houding en bewegingsgedrag wat de panieklachten in stand houdt. Het gaat het erom de patiënt inzicht krijgt in de instandhoudende factoren om vervolgens te oefenen met ander gedrag. Zo krijgt hij/zij de gelegenheid de cognities die gekoppeld zijn aan dit nieuwe gedrag bij te stellen en als het ware een correctieve ervaring op te doen met betrekking tot zijn/haar leergeschiedenis.

7.5 WELKE DOELEN EN TIJDSLIMITERING ZIJN GEWENST VOOR EEN PMT BEHANDELPROGRAMMA VOOR PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS?

Uit de interviews met de PMT'ers en de hoofdbehandelaar is gebleken dat de doelstelling voornamelijk is dat patiënten leren lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te begrijpen, te verdragen en er mee om te gaan. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vier gebieden, waarop de patiënt triggers ervaart die gepaard gaan met gevoelens van controle-verlies die samenhangen met paniek voorspellende cognities: somatisch, psychisch, gedragsmatig en sociaal.

De resultaten van de enquêtes die afgenomen zijn bij patiënten geven aan dat de patiënten op de verschillende gebieden triggers ervaren. Zo kan het zijn dat één patiënt voornamelijk triggers ervaart op angst voor somatisch controle-verlies en een andere patiënt voornamelijk triggers ervaart op de angst voor sociaal- en gedragsmatig controle-verlies. Doordat de verschillende thema's herhaaldelijk aan bod komen in het PMT product kunnen de patiënten werken aan de onderstaande doelen.

Doelen

Algemene doelen

- Het leren begrijpen van de paniekstoornis;
- Het leren omgaan met de paniekstoornis.

Subdoelen

- De patiënt herkent de triggers en de daarbij behorende lichamelijke gewaarwordingen met betrekking tot paniek;
- De patiënt begrijpt de lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis;
- De patiënt verdraagt de lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis;
- De patiënt leert omgaan met lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis.

Hypothese

Op het moment dat patiënten herkennen welke triggers lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis veroorzaken, kunnen ze de hierbij behorende gedachten (catastrofale

misinterpretaties) en gedragingen (vermijding of veiligheidsgedrag) herkennen.

Daarnaast is het van belang te begrijpen, dat door deze lichamelijke gewaarwordingen in combinatie met de gedachten de spanning oploopt en kan uitmonden in een paniekaanval. Wanneer de patiënten de betekenis van de lichamelijke gewaarwordingen begrijpen is het van belang dat ze deze leren verdragen, zodat ze ervaren dat deze lichamelijke gewaarwordingen ook weer verdwijnen. Hierdoor ervaren ze dat de catastrofale gedachten onjuist zijn. Door deze correctieve ervaringen meerdere malen te ervaren gaan patiënten geloven dat deze gewaarwordingen niet leiden tot een ramp of iets ernstigs waar ze bang voor zijn, waardoor de paniekaanvallen verminderen.

Tijdslimitering

In het behandelprotocol paniekstoornis is onderzocht dat 12 sessies een geschikte tijdslimitering is voor een behandeling (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2012). Uit de interviews met PMT'ers is gebleken dat het programma van Pro Persona hierbij aansluit. Het aanbod van wekelijks 75 minuten, is voldoende om alle aspecten binnen de paniekbehandeling voldoende tot hun recht te laten komen. De limitering is belangrijk om de patiënt te motiveren de tijd goed te gebruiken en actief deel te nemen (het voorkomt uitstel-gedrag). Na drie maanden kunnen er zo nodig nog 12 sessies aan vastgekoppeld worden, bijvoorbeeld om de ontwikkeling sterker te verankeren in het gedrag van de patiënt.

Het is een open groep waarbij patiënten in en uit kunnen stromen. Op de locatie Overwaal kunnen patiënten ten alle tijden de module volgen als ze klinisch opgenomen zijn.

Indicaties en Contra-indicaties

Uit de resultaten van de interviews met de PMT'ers zijn de volgende indicaties en contra-indicaties ontstaan:

Indicaties

De patiënt moet voldoen aan de onderstaande criteria om een indicatie te krijgen voor de behandeling.

- Patiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar die gediagnosticeerd zijn met een paniekstoornis met of zonder agorafobie.
- Voldoende motivatie om de behandeling aan te gaan.
- Patiënt kan functioneren in een groep.

Contra-indicaties

Wanneer er bij de patiënt sprake is van minimaal één van de onderstaande klachten, leidt dit tot een contra-indicatie.

- Panieklachten die het gevolg zijn van PTSS.
- Medische aandoening zoals hartklachten.
- Acute depressie.
- Ernstige psychotische klachten.
- Niet kunnen deelnemen aan een groep.
- Onvoldoende motivatie.

7.6 WELKE INTERVENTIES EN ATTITUDE(N) ZIJN HET MEEST GESCHIKT VOOR PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS?

Uit de interviews met PMT'ers, hoofdbehandelaar en enquêtes die gehouden zijn bij patiënten, waarna literatuuronderzoek is uitgevoerd naar de behandelingen voor patiënten met een paniekstoornis zijn de volgende interventies geschikt binnen de PMT behandeling:

- Psycho-educatie met betrekking tot panieklachten en lichamelijke sensaties;
- Lichaamsgerichte werkvormen om bewust te worden van instandhoudend gedrag;
- Interoceptieve exposure oefeningen (somatisch en psychisch controle-verlies);
- Aan paniek gerelateerde schaamte-oefeningen (gedragmatig-en sociaal controle-verlies);
- Aandachtsgerichte werkvormen (respons-preventie).

Psycho-educatie

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ wordt er altijd gestart met psycho-educatie. Tevens worden er adviezen gegeven om de patiënt te activeren om vermindering tegen te gaan. Dit is een basisinterventie die voor alle behandelvormen geldt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Belangrijk om te vermelden bij de psycho-educatie is dat paniekaanvallen hinderlijk zijn, maar niet gevaarlijk. Het is vergelijkbaar met een vals alarm, er is geen daadwerkelijk gevaar. De uitleg over de overlevingsfunctie van angst en paniek is daarbij helpend. Door de patiënt gerust te stellen dat de paniekaanvallen niet gevaarlijk zijn zorgt ervoor dat de andere interventies beter aanslaan. Als de patiënt niet overtuigd is van het onschuldige karakter van paniekaanvallen zullen de interventies niet goed lukken, dus deze uitleg is daarbij belangrijk (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). Daarnaast wordt ook psycho-educatie gegeven aan de hand van het biopsychosociaal model. De uitleg hierover is belangrijk zodat de patiënten de paniekstoornis leren begrijpen.

Lichaamsgerichte werkvormen om bewust te worden van instandhoudend gedrag

Uit de enquêtes en interviews is gebleken dat lichaamsgerichte werkvormen effectief zijn om bewust te worden van instandhoudend gedrag. De patiënten beamen dat ze door letterlijk in de ervaring te gaan en dus 'aan den lijve' ervaren, hierbij weinig tot geen kans krijgen tot vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag. Ze geven ook aan dat de directieve attitude van de PMT'er hieraan bijdraagt. Door in de ervaring te gaan worden ze zich bewust van het gedrag dat ze willen inzetten (vermijding/veiligheidsgedrag) en worden ze geattendeerd op het feit dat dit gedrag de paniekstoornis in stand houdt. Tijdens het observeren is geconstateerd dat patiënten aan het begin van de behandeling niet bewust zijn van instandhoudend gedrag, en daar pas bewust van worden op het moment dat lichaamsgericht te werk gaan. Hierbij is te denken aan een staande werkvorm waarbij een patiënt die bang is om te vallen steeds verder richting de bank gaat staan om te willen zitten.

Interoceptieve exposure

Bij interoceptieve exposure worden lichamelijke gewaarwordingen opgeroepen binnen de therapie. Interoceptieve exposure heeft als doel de angst die door allerlei lichamelijke gewaarwordingen opgeroepen wordt, te laten uitdoven. Hierdoor leren patiënten de signalen met een paniek voorspellende betekenis te verdragen. Het gaat om lichamelijke gewaarwordingen zoals duizeligheid, misselijkheid, benauwdheid, wazig zien, trillen, tintelingen en hartkloppingen. Deze lichamelijke gewaarwordingen kunnen gepaard gaan met angst en/of paniek. Bij PMT leren patiënten dat lichamelijke gewaarwordingen (on)bewust opgeroepen kunnen worden en dat deze ook vanzelf weer verdwijnen. Ook leren patiënten dat deze lichamelijke gewaarwordingen geen kwaad kunnen. De kern hiervan is dat zij wennen aan lichamelijke gewaarwordingen en daar niet angstig van worden. Exposure is één van de krachtigste manieren om angst te overwinnen. Meestal is het resultaat van lange duur (Anthony & Norton, 2009). Bij PMT leert de patiënt hoe exposure gebruikt kan worden om de angst voor lichamelijke gewaarwordingen zoals een versnelde hartslag of duizeligheid te overwinnen. Op het moment dat de patiënt hierdoor leert dat de lichamelijke gewaarwordingen niet tot iets catastrofaals leiden, vindt er cognitieve herevaluatie plaats. Patiënten krijgen nieuwe inzichten over wat de lichamelijke gewaarwordingen betekenen en daardoor zullen de cognities veranderen. Ook leidt cognitieve herevaluatie ertoe dat de interoceptieve exposure oefeningen gemakkelijker worden uitgevoerd. Het is een wederzijdse beïnvloeding (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013).

Na afloop van een exposure oefening krijgen de patiënten de tijd om hun lichamelijke gewaarwordingen te voelen. Er wordt aan patiënten gevraagd naar de opgemerkte lichamelijke gewaarwordingen en de daarbij behorende cognities. Dit is belangrijk omdat patiënten de neiging hebben om veiligheidsgedrag in te zetten zodat ze het 'voelen' vermijden. Interoceptieve oefeningen kunnen ook als huiswerk meegegeven worden. Het doel hiervan is om te wennen aan de lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis.

Aan paniek gerelateerde schaamte-oefeningen

Patiënten die angst voor controle-verlies in sociaal opzicht hebben, schamen zich voor de signalen van toegenomen arousal. Ze schamen zich voor verschijnselen zoals trillen en zenuwachtigheid die zich werkelijk voordoen (Emmelkamp, Scholing & Bouman, 1995). Bij observaties is opgevallen dat de aan paniek gerelateerde schaamte-oefeningen de patiënt ondersteunen, wanneer deze last heeft van angst voor sociaal en gedragsmatig controle-verlies. Het zijn exposure oefeningen gericht op de angst om 'gek' of 'raar' gedrag te vertonen en zich daarvoor te schamen ten opzichte van buitenstaanders.

Aandachtsgerichte werkvormen

In deelvraag 7.3 is het belang van aandachtsgerichte werkvormen beschreven. Tevens geldt dit belang voor de behandeling van paniekstoornis bij Pro Persona. Vanuit deze argumenten is het van belang om deze interventies mee te nemen in het product. Aandachtgerichte werkvormen worden enerzijds aangeboden om de patiënten te leren zich open te stellen voor de emoties tijdens de werkvormen. Anderzijds worden aandachtsgerichte werkvormen aangeboden om handvatten te bieden voor tegenstrijdig gedrag in het kader van respons-preventie.

De aandachtsgerelateerde werkvormen zorgen mede voor het verdragen van de paniekgevoelens, het vinden van rust en kalmte en het hier-en-nu bewust beleven zonder te oordelen (Brantley, 2004). De aandachtsgerelateerde werkvormen zijn gericht op lichamelijke gewaarwordingen, bijvoorbeeld de ademhaling waarbij de focus ligt op acceptatie en niet op het weg/anders willen hebben van de ademhaling. Het verschil met ontspanningsoefeningen (die niet worden ondersteund door de richtlijnen) is dat bij aandachtsgerichte oefeningen de ademhaling niet wordt gestuurd. Dit wordt niet gedaan, omdat het ingezet zou kunnen worden als vermijding. Door acceptatie kan er als positief bijverschijnsel ontspanning ontstaan, maar dit is nadrukkelijk niet het doel. Daarbij heeft de oefening de functie van het leren de aandacht te verleggen. Hierbij dient opgelet te worden, dat het niet ingezet wordt als vermijding.

Attitude(n)

De therapeut moet vrijwel altijd aansluiting zoeken bij de doelen van de patiënten om een goede therapeutische relatie te creëren. Daarbij is de gewenste attitude voor patiënten met een paniekstoornis middels een directieve werkwijze te handelen (Korrelboom & Broeke, 2014). Deze werkwijze impliceert dat de therapeut en patiënt aan concrete doelen werken, dat de therapeut aanwijzingen en instructies geeft, dat de problemen in een zo aansluitend mogelijke context worden geplaatst en dat de aanpak gebaseerd is op praktische overwegingen (Velden, 1989).

De resultaten uit de interviews met de PMT'ers geven weer dat de directieve attitude de belangrijkste attitude is, zodat de patiënten niet tot weinig de kans krijgen om vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag in te zetten. Daarnaast is het belangrijk om motiverend, gericht op de actiebereidheid van de patiënt te zijn en om daarbij steunend en structurerend te zijn zodat de patiënten gestimuleerd worden.

De patiënten hebben in de enquêtes aangegeven dat zij de directieve attitude als het meest helpend hebben ervaren. Zij gaven aan dat de therapeut in staat was om alle patiënten met de aandacht bij de therapiesessie te laten blijven waardoor ze geen tot weinig kans kregen om in de vermijding te gaan. De patiënten hebben de therapeut als 'streng' ervaren, maar geven daarbij aan dat dit ook nodig was om de interoceptieve exposure oefeningen aan te gaan.

De behandelstrategie die gehanteerd wordt is de 'oefengerichte-functionele strategie'. Deze strategie is gericht op het stabiliseren en het ontwikkelen/herstellen van de functies van het lichaam (NVPMT, 2009). Het wordt op experimentele basis aangeboden met daarnaast ervaringsgerichte elementen die opgenomen zijn in een directieve werkwijze.

7.7 WELKE WERKVORMEN EN/OF INTERVENTIES ERVAREN PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS ALS MEEST EFFECTIEF?

Aan de patiëntengroep in centrum voor Angststoornissen in Lent is middels een enquête gevraagd welke werkvormen en/of interventies zij als meest effectief hebben ervaren. De patiëntengroep is relatief klein van slechts zes patiënten waardoor de gegevens niet betrouwbaar genoeg zijn. Het geeft wel een beeld over

wat de patiënten op de locatie Overwaal als meest effectief hebben ervaren. Deze worden meegenomen in het PMT product. Hieronder een opsomming van de werkvormen en interventies die patiënten als het meest effectief hebben ervaren:

Werkvormen

- Alle oefeningen met betrekking tot duizeligheid (somatisch controle-verlies);
- Het kijken naar mensen die rondjes draaien (somatisch controle-verlies);
- Alle oefeningen met betrekking tot somatisch controle-verlies;
- Alle oefeningen die lichamelijke gewaarwordingen oproepen;
- Alle oefeningen met betrekking tot psychisch controle-verlies;
- Het uitbeelden van paniekaanvallen (sociaal controle-verlies);
- Schaamte oefeningen waarin 'gek' gedrag zichtbaar wordt (gedragmatig controle-verlies).

Interventies

- Psycho-educatie;
- De attitude van de therapeut, met name de directieve houding (wel oordeelvrij) zodat de patiënt met de aandacht bij de therapie blijft en geen kans krijgt tot vermijding of veiligheidsgedrag;
- Bewustwording van de spanning die oploopt en weer afneemt en de oplopende spanning er te laten zijn, er niet tegen te vechten (door te onderdrukken);
- Behandeling in groepsverband. Dit zorgt voor herkenning zodat de patiënt het gevoel krijgt niet de enige met een paniekstoornis te zijn. Tevens geeft tips krijgen van groepsgenoten vertrouwen;
- Bewustwording van een gespannen houding tijdens paniekaanvallen, tegenovergestelde proberen om te ontspannen in angstige/paniekerige situaties.
- Van de therapeut en groepsgenoten horen dat de patiënt er mag zijn (voor het acceptatieproces);
- Interoceptieve exposure oefeningen zodat de patiënt blijft ervaren dat de lichamelijke gewaarwordingen weer verdwijnen zonder dat er iets ernstigs gebeurt;
- Flexibiliteit van therapeut. Er is ruimte aan het begin van de bijeenkomst of er bijzonderheden zijn en dat wordt meegenomen in de sessie;
- De therapeut blijft stimuleren om de oefeningen als huiswerk te blijven oefenen. Dit maakt dat de oefeningen steeds gemakkelijker gaan;
- Aandacht oefeningen die zorgen dat de patiënt in het hier-en-nu blijft, niet laten leiden door de irrationele gedachten.

Uit deze resultaten kan meegenomen worden dat de directieve attitude van de therapeut belangrijk is, zodat de aandacht bij de werkvormen blijft en dat er geen tot weinig ruimte is voor vermijding of veiligheidsgedrag. Ook blijken de werkvormen waarbij de thema's van angst voor controle-verlies worden behandeld alle vier waardevol, hierom is het belangrijk om deze alle vier mee te nemen in de behandeling. Tevens geven deze resultaten weer dat groepstherapie waardevol is voor herkenning en vertrouwen en dat huiswerkopdrachten helpen om gemakkelijker de lichamelijke gewaarwordingen te verdragen. Al deze interventies en werkvormen dragen bij aan het leren verdragen van de lichamelijke gewaarwordingen, waardoor de patiënten uiteindelijk de oplopende spanning kunnen reguleren.

7.8 WELKE LITERATUUR BIEDT ONDERSTEUNING VOOR DE WERKWIJZE BINNEN HET PMT AANBOD BIJ PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS?

Zoals in deelvraag 7.2 wordt beschreven is toegepaste relaxatie een behandeling die vooral gericht is op het opheffen van de instandhoudende factoren van paniek, zoals lichamelijke spanning. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat deze behandeling minder effectief is voor het behandelen van een paniekstoornis dan interoceptieve exposure en cognitieve gedragstherapie (McNally, 1994). Daarentegen wordt het wel gezien als een toegevoegde waarde aan het programma. Pro Persona past de aandacht oefeningen toe in het PMT product voor patiënten met een paniekstoornis. Hieronder een uitgebreide

beschrijving hoe dit in de PMT en daarbuiten toegepast kan worden.

Toegepaste relaxatie

Toegepaste relaxatie (TR) is een vorm van ontspanningstherapie die in 1987 ontwikkeld is door Lars-Goran Öst. Deze vorm van ontspanningstherapie is erop gericht om de lichamelijke verschijnselen van onder andere paniek te doen afnemen (Öst, 1987).

TR is een snelle, efficiënte en gemakkelijk toepasbare methode voor stress- en angstsituaties. Het is een evidence based psychomotorische interventie die is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen. TR is in de richtlijnen volgens de stepped care modellen voor de paniekstoornis met of zonder agorafobie en de generaliseerde angststoornis opgenomen (Trimbos-instituut, 2015).

Bij TR kunnen PMT'ers hun lichaamsgerichte expertise in zetten om aan te passen bij de specifieke (lichamelijke) klachten en wensen van de cliënt. TR is een psychomotorische methode die zich ten eerste richt op het bewust ervaren van lichamelijke spanningssignalen. Vervolgens leert de patiënt een vaardigheid aan om in een angstige situatie spierrelaxatie toe te passen en wordt de stap naar het dagelijks leven gemaakt om een juiste balans te vinden tussen 'inspanning' en 'ontspanning' (Aertssen, 2015). TR is hiervoor verdeeld in verschillende fasen. Fase één wordt er gestart met progressieve spierrelaxatie. Hier leert de patiënt om de beurt spiergroepen aanspannen en vervolgens weer ontspannen. In de tweede fase valt het aanspannen weg en worden de spiergroepen ontspannen door je aandacht op de betreffende lichaamsdelen te richten. In fase drie wordt het gevoel van relaxatie, door te ontspannen zoals in fase twee gekoppeld aan een woord die de patiënt zelf uitkiest. Dit wordt zelf-suggestieve relaxatie genoemd. Er wordt een koppeling getraind van de hersenen met een ontspannen lichamelijke toestand. Vervolgens wordt in fase vier de differentiële relaxatie aangeleerd. Dit houdt in dat het toepassen van de relaxatie wordt geoefend in dagelijkse activiteiten. Hierdoor kan de patiënt het geleerde integreren in allerlei situaties. De patiënt leert ook om onnodige spierspanning op te merken en te verminderen. De 'snelle relaxatie' wordt in de laatste fase geoefend. De patiënt scant het lichaam op spanningssignalen en oefent bij elke uitademing het gekoppelde woord in te prenten, om vervolgens de spanning in het lichaam los te laten. Wanneer de patiënt de TR onder de knie heeft kan bij ieder lichamenlijk spanningssignaal de snelle relaxatie toegepast worden binnen 20 tot 30 seconden (Mertens, 2004).

In de PMT behandeling voor paniekstoornis worden werkvormen van aandacht training of TR toegepast als interventie in de paniekmodule.

7.9 ONDER WELKE INDICATIEGEBIEDEN VAN DE MATRIX VAKTHERAPIE VALT HET HUIDIG PMT AANBOD BIJ PATIËNTEN VAN 18 TOT EN MET 70 JAAR MET EEN PANIEKSTOORNIS?

Zoals in de inleiding is beschreven is in een vorig project de Matrix Vaktherapie (zie *bijlage 1*) ontwikkeld doordat de positionering onder druk is komen te staan. Pro Persona heeft hiervoor gekozen vanwege de opdracht van de Raad van Bestuur om volgens richtlijnen te gaan werken (evidence based). Er is een overzicht ontstaan in het aanbod voor vaktherapeutische beroepen (Hilderink, 2015).

In de Matrix Vaktherapie zijn uiteindelijk 19 producten vastgesteld. Deze producten worden onderverdeeld in vijf overkoepelende begrippen. Deze begrippen worden indicatiegebieden genoemd. De Matrix Vaktherapie is een ordening op basis van indicatiegebieden waarin alle producten onder te brengen zijn. Deze indicatiegebieden zijn:

- Activerende en stabiliserende vaktherapie;
- Vaktherapie: aandachtsregulatie;
- Vaktherapie: emotieregulatie;
- Verwerkingsgerichte vaktherapie;
- Vaktherapie: ontwikkelen van coping en vaardigheden.

Het beleid van Pro Persona in de keuze voor de behandeling is dat de stoornis bepalend is. De therapie, met vooraf bepaalde ingrediënten, bepaalde dosering en een beoogd effect. Modules of protocollen voor de behandeling worden uitgevoerd. Modules en protocollen kunnen ook transdiagnostisch worden

aangeboden wat wil zeggen dat dezelfde module bij verschillende zorgprogramma's kan worden aangeboden.

De beschrijvingen van de producten is de volgende stap in de matrix. Daarin staat een korte beschrijving van de inhoud, de literatuur, wetenschappelijk onderzoek, de doelen, in- en exclusiecriteria en de frequentie. Het doel hiervan is de verbinding maken van de matrix met de diverse zorgprogramma's en/of zorgpaden (Hilderink, 2015).

Zoals in deelvraag 7.1 beschreven staat kampen patiënten met een paniekstoornis met een emotieregulatie probleem. Mensen ontwikkelen eerder panieklachten als zij moeite hebben met het reguleren van emoties (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). De patiënten kunnen niet om gaan met de paniekstoornis. Dit PMT product is erop gericht om emoties (en de daarbij behorende lichamelijke gewaarwordingen) te leren verdragen om vervolgens te ervaren dat deze emoties weer verminderen. Hoofdzakelijk is het PMT aanbod daarom gericht op emotieregulatie, waarbij aandachtsregulatie en het ontwikkelen van coping en vaardigheden een onderdeel vormen. In de Matrix Vaktherapie wordt het ontwikkelde PMT product geplaatst onder het indicatiegebied 'emotieregulatie'. Het indicatiegebied 'aandachtsregulatie' wordt bij PMT 'lichaamsgericht aandachtsregulatie' genoemd, het indicatiegebied 'het ontwikkelen van coping en vaardigheden' wordt bij PMT 'interactionele PMT' genoemd (*zie bijlage 1*).

Emotieregulatie

Een emotie is een signaal dat er iets belangrijks speelt en zet het lichaam aan tot actie. Emoties kunnen ook de overhand nemen en tot schadelijke acties leiden. Als de emotie de overhand neemt is er geen controle meer over reacties (Hulsbergen, 2012). Wanneer iemand zich in een stressvolle situatie bevindt neemt de intensiteit van de emoties toe. Dit kan een aanleiding zijn voor het escaleren van emoties zoals een paniekaanval. Er is sprake van emotionele ontregeling als iemand moeite of onvermogen heeft met het ervaren of verwerken van emoties. Deze ontregeling kan leiden tot overmatige intensivering of overmatige deactivatie van emoties. Overmatige intensivering houdt in dat de intensiteit van een emotie die iemand als problematisch ervaart verhoogd is, wat leidt tot paniek. Er is sprake van overmatige deactivatie van emoties bij dissociatieve ervaringen, zoals depersonalisatie en derealisatie wat heftige emoties oproept. Overmatige deactivatie is onderdeel van een vermijdende copingstijl en staat emotionele verwerking in de weg. Emotionele ontregeling houdt in dat elke copingstrategie die iemand gebruikt als hij/zij wordt geconfronteerd met een emotie heftiger blijkt te zijn dan gewenst. Copingstijl is net als emotionele ontregeling afhankelijk van de context en de situatie. Het is alleen problematisch in een relatie tot de persoon en de situatie (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2012). Emotieregulatie is met name gericht op de bewustwording van eigen verantwoordelijkheden en keuzemogelijkheden. Daarbij wordt aandacht besteed aan nieuwe vaardigheden en mogelijkheden die leiden tot gedragsverandering. De patiënten leren hoe het komt dat emoties (paniek) hoog oplopen en met welke cognities dit te maken heeft. Er wordt hierbij gezocht naar passende cognities en gedrag waardoor gedragsverandering plaatsvindt en dus de paniekaanvallen verminderen (Gemert, Ringrose, Schuppert & Wiersema, 2009).

Gedachten over controle-verlies worden uitgedaagd op realiteitsgehalte. Patiënten met een paniekstoornis hebben een emotieregulatie probleem waardoor zij geen controle hebben over de emoties of emotionele reacties. Belangrijk is, dat er geen controle over de emoties hoeft te zijn maar dat de patiënt leert deze emoties te herkennen en accepteren. De emoties er te laten zijn en proberen los te laten (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013).

Aandachtsregulatie/lichaamsgericht aandachtswerk

Het reguleren van aandacht is voor patiënten met een paniekstoornis niet of nauwelijks mogelijk. Uit de enquêtes die zijn afgenomen bij patiënten blijkt dat patiënten zich vaak laten leiden door cognities, waardoor de aandacht niet onder controle hebben. Tijdens het observeren is gezien dat patiënten met de aandacht bij de gedachten en gevoelens die gerelateerd aan angst en paniek zijn. Daarbij zijn ze met hun aandacht vooral gericht op de catastrofale gevolgen die deze gedachten en gevoelens kunnen hebben. Patiënten geven aan dat met de aandacht in het hier-en-nu blijven helpend is om minder snel een

paniekaanval te krijgen. Het is daarom van belang om aandachtsregulatie in combinatie met emotieregulatie in het behandelprogramma te integreren.

Aandachtstraining wordt ook wel 'mindfulnessstraining' genoemd en is een veelgebruikte techniek binnen CGT. Het is empirisch bewezen dat mindfulnessstraining patiënten helpt om met emoties om te gaan die zij als moeilijk ervaren. Deze techniek is van meerwaarde om het bereik van CGT te vergroten en tevens wanneer de behandeling gericht is op emotieregulatie. De aandachtsgerelateerde werkvormen zorgen voor acceptatie van emoties. De patiënt beseft dat de emoties niet beheerst of onderdrukt hoeven worden, maar vooral verdragen en ervaren kunnen worden. Het doel van aandachtsregulatie is het bevorderen van openheid zodat emoties volledig in het hier-en-nu kunnen worden ervaren (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2012).

Ontwikkelen van coping en vaardigheden/interactionele PMT

Problematische copingstijlen kunnen bepalend zijn wanneer iemand angst, verdriet of woede voelt. Het feit dat iemand emotioneel onregelmatig is kan er toe leiden dat iemand gaat klagen, anderen gaat aanvallen, zich gaat terugtrekken of zich verongelijkt voelt. Problematische copingstijlen kunnen de arousal van iemand verminderen. Het drinken van alcohol kan bijvoorbeeld op korte termijn de angst verminderen, maar op lange termijn het omgaan met emoties bemoeilijken (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2012). Binnen de PMT behandeling voor paniekstoornissen wordt er aandacht besteed aan het ontwikkelen van nieuwe copingstijlen en vaardigheden. Het aanleren van niet-catastrofale gedachten, het anders omgaan met lichaamshouding of het anders omgaan met aandacht kunnen nieuwe vaardigheden en/of copingstijlen zijn om de panieklachten te verminderen. Er moet hierbij continu gelet worden of de patiënten het niet gaan inzetten als vermijding. Het is dus niet het weglopen van de situatie maar het anders leren omgaan met de situatie en het accepteren van de lichamelijke gewaarwordingen.

8. DISCUSSIE

Tijdens het onderzoek zijn een aantal factoren die mogelijk invloed hebben gehad op de resultaten van dit onderzoek. Deze worden hieronder beschreven:

Locaties

Er zijn op twee locaties observaties verricht en interviews gehouden, waarbij op één locatie (Riethorst in Ede) volgens een andere methode (Barlow methode) behandeling aangeboden werd. Hierdoor is het ontwikkelde product vooral gericht op de gang van zaken binnen de locatie Overwaal. Doordat het een gespecialiseerd centrum voor Angststoornissen is kan er vanuit gegaan worden dat deze behandelingen met veel expertise uitgevoerd worden. Wellicht hadden behandelingen van andere organisaties buiten Pro Persona meer informatie kunnen bieden voor de productbeschrijving.

Interviews

Er zijn maar twee PMT'ers binnen de organisatie Pro Persona die met volwassenen met een paniekstoornis werken waarvan er één volgens een andere methode werkt. Op de locatie de Riethorst is de patiëntengroep gemengd met diverse diagnoses. Hierdoor is er maar van één PMT'er feedback ontstaan over het huidige PMT aanbod. Zij heeft tevens de behandeling ontwikkeld. Ondanks dat het haar vraag was om van haar behandelprogramma een productbeschrijving te ontwikkelen had wellicht meer feedback van andere PMT'ers het bewijs van de behandeling versterkt. Helaas zijn deze er niet binnen Pro Persona. Dit had mogelijk kunnen worden ondervangen door tevens andere locaties en organisaties te onderzoeken.

Enquêtes

Er zijn minder enquêtes afgenomen dan in eerste instantie gepland werd. De enquêtes zijn maar op één locatie en bij slechts zes patiënten afgenomen. Dit heeft ermee te maken dat binnen Pro Persona maar één patiëntengroep specifiek voor alleen paniekstoornis wordt behandeld. Op de locatie de Riethorst in Ede was een gemengde groep met diverse diagnoses. Tevens werd er een ander behandelaanbod gehanteerd waardoor de enquêtes niet relevant waren. De enquêtes hebben voldoende feedback opgeleverd om een goede indruk te krijgen op de locatie Overwaal. Meer enquêtes hadden het bewijs echter versterkt.

Kind en jeugd

In het begin van het onderzoek is er een aanbod geweest van een locatie om bij kind en jeugd te observeren, interviews af te nemen en eventueel enquêtes. Op dat moment werd het onderzoek alleen maar gericht op de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar. Achteraf gezien had in het onderzoek misschien beter ook kind en jeugd meegenomen kunnen worden om een breder beeld te verkrijgen over het PMT behandelaanbod binnen Pro Persona.

Consensus based

Binnen Pro Persona wordt gestreefd naar consensus based product vanuit de Matrix Vaktherapie. Dit product zal daar een bijdrage aan gaan leveren. Dat betekent dat dit product op andere locaties gehanteerd gaat worden. Ik heb echter niet voldoende gezien op andere locaties of de therapeuten die daar werkzaam zijn ook over genoeg expertise beschikken om dit product aan te bieden.

Een ander discussiepunt is dat op dit moment alleen op de locatie Overwaal een patiëntengroep bestaat die alleen gericht is op de paniekstoornis. Als dit in de toekomst altijd zo blijft, zal dus maar voor één groep dit product gelden en ontstaat er geen consensus. Dit is problematisch omdat het product geschreven is voor een groep met alleen paniekstoornis. Nu is niet duidelijk of dit haalbaar is op andere locaties binnen Pro Persona.

Neurobiologische aspecten

Als extra toevoeging had Anneke Özen verdieping willen verkrijgen op de neurobiologische aspecten van de paniekstoornis en wat dit betekent voor de PMT behandeling.

Om niet te ver uit te willen wijken naar andere onderwerpen en het onderzoek zo concreet mogelijk te houden is voor afbakening gekozen. Deze keuze is gemaakt omdat dit niet haalbaar was binnen de onderzoeksperiode.

9. CONCLUSIE

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van een evidence based productbeschrijving voor de doelgroep 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis binnen Pro Persona. Het doel van dit product is een vast behandelprogramma ontwikkelen waarbij patiënten leren lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te begrijpen, verdragen en er mee om te gaan. Dat betekent dat er overeenstemming ontstaat in het PMT aanbod op de diverse locaties wanneer er een vast behandelprogramma is. Met een vast behandelprogramma worden in de toekomst één of meerdere modules beschreven. Vanuit deze doelstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Welk psychomotorisch product leert patiënten lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te verdragen binnen Pro Persona voor volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar met een paniekstoornis voor zowel klinische zorg als ambulante zorg?”

Om antwoord op de hoofdvraag te verkrijgen worden eerst conclusies uit de deelvragen beschreven.

Patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie hebben te maken met de angst voor een algeheel gevoel van controle-verlies en zetten daardoor vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag in. Patiënten denken over een deel van hun functioneren de controle kwijt te raken of te zijn. Door de anticipatie-angst wordt de dreiging om de controle te verliezen versterkt. De vier thema's die beschreven worden: angst voor somatisch controle-verlies, angst voor psychisch controle-verlies, angst voor sociaal controle-verlies en angst voor gedragsmatig controle-verlies zijn leidend in de PMT behandeling. In combinatie met het biopsychosociaal model vormen zij de rationale voor de behandeling.

De behandelingen worden volgens stepped care model aangeboden. Bestaande algemene behandelingen voor paniekstoornis zijn voornamelijk gericht op psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, interoceptieve exposure, exposure in vivo en farmacotherapie. Bestaande PMT behandelingen voor paniekstoornis zijn voornamelijk gericht op interoceptieve exposure en aandachtsgerelateerde oefeningen waarbij op een methodische wijze gebruik gemaakt van interventies gericht op lichaamsservaring en/of het bewegingsgedrag/handelen. Dit is met name gericht op het emotieregulatie probleem waarmee patiënten met een paniekstoornis kampen.

Het is duidelijk geworden dat het huidig PMT behandelaanbod voor patiënten met een paniekstoornis binnen Pro Persona op de locatie Overwaal goed bevalt voor zowel de professionals als de patiënten. De resultaten van dit onderzoek geven weer dat PMT binnen de behandeling als zeer positief wordt ervaren. Er is echter maar van één locatie uit kunnen gaan. Dit heeft te maken met patiëntengroepen met verschillende diagnoses en waar volgens een andere methode behandeld wordt. Overwaal is het gespecialiseerde centrum voor angststoornissen waardoor deze behandelingen leidend zijn binnen Pro Persona. Positief aan het huidig PMT behandelaanbod is dat het zich richt op zowel de klacht van de patiënt als de instandhoudende factoren. Patiënten ervaren voornamelijk het direct 'aan den lijve' te werk gaan als een sterk punt. De reden hiervoor is dat het confronterend is en daarom nauwelijks vermijdings- of veiligheidsgedrag ingezet kan worden. Verbeterpunten voor het huidig PMT aanbod zijn om scoringslijsten te hanteren binnen de behandeling. Deze lijsten worden aan het begin en aan het eind van de behandeling afgenomen. Het zijn twee verschillende scoringslijsten waarbij zowel de gedachten als de lichamelijke gewaarwordingen achterhaald worden. Zo wordt voor de therapeut en de patiënt inzichtelijk welke klachten de patiënt heeft en kan na afloop van de behandeling gezien worden welke resultaten er zijn gehaald. Tevens is dit een meetinstrument om de effectiviteit van de behandeling te meten. Een ander verbeterpunt is dat de inhoud en werkwijze tot op heden onvoldoende wordt gecommuniceerd binnen de instelling van Overwaal. Deze productbeschrijving kan daar een bijdrage aan leveren.

Bij CGT wordt er vanuit gegaan dat patiënten met een paniekstoornis catastrofale gedachten hebben waardoor situaties of lichamelijke gewaarwordingen verkeerd geïnterpreteerd worden. Patiënten komen dan in een vicieuze cirkel terecht van situaties, cognities, angst, lichamelijke gewaarwordingen (gevoel) en

gedrag die ontstaat uit interne/externe stimuli die als bedreigend ervaren worden. Bij CGT worden patiënten vanuit de top-down benadering uitgedaagd om de catastrofale gedachten te corrigeren middels exposure. PMT'ers integreren de CGT in de behandeling vanuit een andere ingang, namelijk het lichaam. PMT werkt daarentegen met een bottom-up benadering. Het opdoen van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte ervaringen zijn het aangrijpingspunt in de beïnvloeding van cognities en gedrag. Door de veelheid aan contexten binnen de PMT leert de patiënt nieuwe associaties te maken.

In het product voor de PMT behandeling van een paniekstoornis zijn doelen geformuleerd. Het leren begrijpen van de paniekstoornis en het leren omgaan met de paniekstoornis zijn de algemene doelen van het product. Het herkennen van de triggers en bijbehorende lichamelijke gewaarwordingen, de lichamelijke gewaarwordingen begrijpen, de lichamelijke gewaarwordingen verdragen en het leren omgaan met de lichamelijke gewaarwordingen zijn de specifieke doelen voor de PMT behandeling. Tijdslimitering voor de behandeling is 12 sessies van 75 minuten.

Geconcludeerd kan worden op basis van interviews, enquêtes en literatuuronderzoek dat de volgende interventies worden toegepast in de PMT behandeling: psycho-educatie, lichaamsgerichte werkvormen om bewust te worden van instandhoudend gedrag, interoceptieve exposure oefeningen, aan paniek gerelateerde schaamte-oefeningen en aandachtsgerichte werkvormen. Psycho-educatie is een basisinterventie die voor alle behandelingen geldt. Het is belangrijk om de paniekstoornis uit te leggen aan de patiënt zodat hij/zij deze leren begrijpen. Lichaamsgerichte werkvormen dragen bij aan bewustwording van instandhoudend gedrag door het direct 'aan den lijve' ervaringen op te doen zodat ze weinig tot geen kans krijgen voor vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag. Interoceptieve exposure heeft als doel de angst die door allerlei lichamelijke gewaarwordingen opgeroepen wordt, te laten uitdoven. Hierdoor leren de patiënten de lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis te verdragen. Aan paniek gerelateerde schaamte-oefeningen dragen bij aan patiënten die angst voor controle-verlies in sociaal opzicht hebben. Het zijn exposure oefeningen die gericht zijn op de angst om 'gek' gedrag te vertonen en zich daarvoor te schamen ten opzichte van buitenstaanders. Aandachtsgerichte werkvormen worden enerzijds aangeboden om de patiënten te leren zich open te stellen voor de emoties tijdens de werkvormen en anderzijds om handvatten te bieden voor tegenstrijdig gedrag in het kader van respons-preventie. Deze interventies worden op een directieve wijze aangeboden door de therapeut. Deze attitude is van belang om zodat patiënten niet tot weinig kans krijgen om veiligheidsgedrag of vermijding in te zetten. Daarnaast is motiverend een belangrijke attitude, gericht op actiebereidheid van de patiënt te zijn en om daarbij steunen en structurerend te zijn voor stimulatie.

Er kan geconcludeerd worden dat de behandeling voornamelijk gericht is op emotieregulatie, waarbij aandachtsregulatie en het ontwikkelen van coping en vaardigheden een onderdeel vormen. In de Matrix Vaktherapie valt dit product onder het indicatiegebied 'emotieregulatie'. Emotieregulatie is met name gericht op de bewustwording van eigen verantwoordelijkheid en keuzemogelijkheden. Daarbij wordt aandacht besteed aan nieuwe vaardigheden en mogelijkheden die leiden tot gedragsverandering. Tevens leren patiënten het herkennen van emoties en hoe ze er mee om te gaan.

Met deze uitkomst kan bevestigd worden dat de doelstelling behaald is. Nu dit product beschreven is en in de Matrix Vaktherapie geplaatst is, kan de effectiviteit gemeten worden. Hierdoor kan aantoonbaar worden gemaakt dat PMT effectief is voor de behandeling van de paniekstoornis. De eindconclusie en beantwoording op mijn onderzoeksvraag is het geschreven psychomotorisch product voor patiënten met een paniekstoornis in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar binnen Pro Persona. Dit product is te vinden in bijlage 2.

10. AANBEVELINGEN

Naar aanleiding van dit onderzoek staan hieronder enkele aanbevelingen beschreven:

Effectiviteit

Dit product werd al voor een groot deel op locatie Overwaal op deze manier toegepast. Nu het uitgeschreven is met onderbouwing van literatuur, is het van belang om de effectiviteit hiervan te meten. Daarnaast zijn de scoringslijsten als een nieuw onderdeel toegevoegd aan het PMT behandelprogramma en hiervan is nog niet bekend of dit een toegevoegde waarde is voor de behandeling. Effectiviteitsmeting komt ook ten goede aan de positionering van vaktherapeutische beroepen vanwege de opdracht van de Raad van Bestuur om volgens richtlijnen te gaan werken. Zo wordt aantoonbaar dat PMT een meerwaarde is voor de behandeling. Tevens wordt er dan voldaan aan de wens van de zorgverzekeraars, die willen dat de zorg steeds meer gestandaardiseerd wordt aangeboden volgens de nieuwste evidence based richtlijnen.

Neurobiologische aspecten

Gezien het niet haalbaar was binnen de onderzoeksperiode zou dit product een goede basis kunnen zijn voor aanvullend onderzoek met betrekking tot de neurobiologische aspecten. Wellicht heeft het een toegevoegde waarde om hiervoor meer verdieping te verkrijgen in een vervolg onderzoek.

Kind en jeugd

Hoewel dit product geschreven is voor volwassen patiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar, zou ik dit product ook aan patiënten in de leeftijd van kind en jeugd willen aanbevelen. Hypothetisch gezien is dit product ook geschikt voor deze doelgroep op het moment dat de stoornis en hulpvragen overeen komen. De werkwijze zou wellicht aangepast kunnen worden. Dit zou verder uitgewerkt kunnen worden in een module (dit wordt hieronder verder beschreven). Hiervoor is aanvullend onderzoek wenselijk.

Module

Het product dat nu geschreven is, wordt een overkoepelend product waar modules uit voortgeschreven kunnen worden. Het zou wenselijk zijn als er een module geschreven wordt waarin specifieker wordt ingegaan op het PMT aanbod. Hierbij is te denken aan uitgeschreven sessies, met de bijbehorende werkvormen en interventies. Wanneer het aanbod specifieker is uitgeschreven, zal het de eenduidigheid ten goede komen. Ook zou dan een module geschreven kunnen worden die aangepast is op de doelgroep voor kind en jeugd.

Patiëntengroep paniekstoornis op meerdere locaties

Binnen Pro Persona is op dit moment alleen op de locatie Overwaal een patiëntengroep waarvan de behandeling alleen gericht is op de paniekstoornis. Op de locatie de Riethorst in Ede wordt met een patiëntengroep met diverse diagnoses en hulpvragen gewerkt. Hierdoor kan er minder specifiek te werk gegaan worden dan wanneer de patiënten voor dezelfde stoornis/hulpvraag in de groep zitten. Een aanbeveling voor Pro Persona is om de patiëntengroepen gespecificeerd in te delen. Hierdoor kan er gerichtere behandeling gegeven worden en kan er dus ook eerder consensus ontstaan binnen de organisatie omdat de producten altijd aansluiten bij de doelgroep.

Gesloten groep

Op dit moment wordt het PMT aanbod behandeld met een open groep. Dat wil zeggen dat er tijdens de behandeling patiënten in en uit kunnen stromen. Als aanbeveling zou het wenselijk zijn om dit product in een gesloten groep te behandelen. Bij een gesloten groep kan een modulair aanbod specifieker aangeboden worden. Hierdoor is meting en onderzoek gemakkelijker te realiseren wat de kwaliteitsverbetering ten goede kan komen.

Stepped care model

In het kader van het stepped care model zou het wenselijk zijn om de patiënten al in een eerder stadium deze PMT behandeling aan te bieden. Op dit moment wordt het voornamelijk alleen gegeven aan patiënten die klinisch in behandeling zijn en enkele die ambulant komen. De patiënten die ambulant komen zijn al in een verder stadium van behandeling voordat ze bij de PMT komen. Het zou wenselijk zijn wanneer patiënten vroeg in het stadium voor de PMT kunnen kiezen zonder eventuele andere behandelingen.

11. LITERATUURLIJST

- Aertssen, A. (2015). Toegepaste relaxatie. Toepassing en effectiviteit bij een gegeneraliseerde angststoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 19-25.
- Anthony, M., & Norton, P. (2009). *Stap voor stap je angst overwinnen*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers.
- APA. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- APA. (2014). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-5*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Bakker, B., Visser, S., & Balkom, A. L. M. van. (2001). Paniekstoornis met en zonder agorafobie. In A. L. M. van Balkom, P. van Oppen, & R. van Dyck, *Behandelstrategieën bij angststoornissen* (pp. 22-43). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beurs, E. de. (1993). *The assessment and treatment of panic disorder with agoraphobia*. Amsterdam: Thesis publishers.
- Bogert, C. van., & Scholten, W. (2008). Exposure, ontspanning en concentratie: psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen. In J. de Lange, & R. J. Bosscher, (red.) *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 107-119). Amsterdam: Boom.
- Brantley, J. (2004). *Angst beheersen met aandacht. Een praktische gids voor het beheersen van angst, fobieën en paniek*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- 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*. (pp. 1090-1097). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2013). *Behandelgids angst en paniek, therapeutenhandleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Emmelkamp, P. M. G., Scholing, A., & Bouman, T. K. (1995). *Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2015). *Behandelaanbod*. Opgeroepen op februari 9, 2015, van www.vaktherapie.nl: http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/downloads/producten.
- Gemert, T. van., Ringrose, J., Schuppert, M., & Wiersema, H. (2009). *Emotieregulatietraining, een programma voor adolescenten met emotieregulatie problemen*. Amsterdam: Boom.
- Hekking, P., & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Heycop ten ham, B. van., Vos, B. d., & Hulsbergen, M. (2013). *Praktijkboek gedragstherapie deel 2. Handboek voor cognitief gedragstherapeutisch werkers*. Amsterdam: Boom.
- Hilderink, K. (2015). De Matrix Vaktherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3-10.
- Hout, M. van., Schruers, K., & Perreijn, S. (2007). De paniekstoornis, fobieën en gegeneraliseerde angst. In H. T. van der Molen, S. Perreijn, & M. A. van den Hout, *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie* (pp. 427-432). Houten/Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Hulsbergen, M. L. (2012). *Emoties. Wat doe je ermee?* Amsterdam: Boom.

- Kampman, M., Keijsers, G. P. J., & Hendriks, G. (2012). *Behandelprotocol paniekstoornis*. Amsterdam: Boom.
- Karnebeek, D., Versluis, M., Hakvoort, M., Bier, E., & Özen, A. (2015). *Psychomotorische behandeling van emotieregulatie problematiek*. Lent: Uitgave eigen beheer.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornis (eerste revisie)*. Utrecht: CBO.
- Leahy, R., Tirsch, D., & Napolitano, L. (2012). *Emotieregulatie. Een praktische gids voor professionals*. . Amsterdam: Hogrefe uitgevers.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder. A critical analysis*. New York: Guilford.
- Mertens, E. (2004). Toegepaste relaxatie van Öst. In J. Simons, *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 189-202). Leuven: Acco.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- NVPMT. (2009). *Beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut*. Utrecht: Nederlandse vereniging voor psychomotorische therapie.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: description for a coping technique and review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 397-409.
- Pro Persona. (2015). *Kliniek Overwaal, centrum voor angststoornissen*. Opgeroepen op maart 3, 2015, van www.propersona.nl:
<http://www.propersona.nl/Locaties/?id=18&Overwaal,%2520centrum%2520voor%2520angststoornissen>
- Rigter, J. (2008). *Het palet van de psychologie*. Bussum: Coutinho.
- Trimbos-instituut. (2015). *Psychische gezondheid, angststoornissen*. Opgeroepen op maart 19, 2015, van www.trimbos.nl.
- Velden, K. van. (1989). *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghoun Slaterus.
- Wells, A., & Geluk, H. (2003). *Cognitieve therapie bij angststoornissen*. Baarn: HBuitgevers.

12. BIJLAGE 1

In deze bijlage is de Matrix Vaktherapie te vinden zoals deze bij Pro Persona is ontwikkeld. Bovenaan van links naar rechts staan de indicatiegebieden beschreven. Links van de Matrix staan de disciplines. Voor dit product geldt alleen de discipline Psychomotorische therapie. Zoals in deelvraag 7.9 staat beschreven wordt dit PMT product onder ‘PMT emotieregulatie’ geplaatst, dat zou dan bij onderdeel 17 van de Matrix zijn.

M a t r i x V a k t h e r a p i e

Indicatie gebieden Disciplines	Activerende & Stabiliserende Vaktherapie	Vaktherapie: Aandachtsregulatie	Vaktherapie: Emotieregulatie	Verwerkingsgerichte vaktherapie	Vaktherapie: Ontwikkelen van Coping & Vaardigheden
Beeldende therapie	1. Activerende & stabiliserende Beeldende Therapie	2. Beeldende Therapie: Aandachtsregulatie	3. Beeldende Therapie: Emotieregulatie	4. Verwerkingsgerichte Beeldende Therapie	5. Interactionele Beeldende Therapie
Dramatherapie	6. Structurerende Dramatherapie		7. Dramatherapie: Emotieregulatie	8. Verwerkingsgerichte Dramatherapie	9. Interactie drama
Muziektherapie	10. Muziektherapie: Instrumentale improvisatie	11. Receptieve Muziektherapie	12. Muziektherapie: Emotieregulatie	13. Vocale expressieve Muziektherapie	14. Muziektherapie: Coping en Vaardigheden
Psychomotorische therapie	15. PMT Bewegingsgerichte Activering	16. PMT Lichaamsgericht aandachtswerk	17. PMT Emotieregulatie	18. Verwerkingsgerichte PMT	19. Interactionele PMT

V A K T H E R A P I E D O E N E R V A R E N E F F E C T

De Matrix Vaktherapie (Hilderink, 2015).

BIJLAGE 2

Het beroepsproduct is in mei 2015 geschreven op basis van het psychomotorisch behandelaanbod bij Centrum voor angststoornissen, Overwaal in Lent. Deze opzet is in het verleden vormgegeven door Anneke Özen en doorontwikkeld door Marly van Creijl. Het aanbod is evidence based onderbouwd en is een enkele toevoeging gedaan. Anneke Özen gaat het beroepsproduct indienen bij de Commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO) van de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB), met als doel tot publicatie te komen.

Naam product	“Out of control” Psychomotorisch lichaamsgericht behandelaanbod waarbij patiënten met een paniekstoornis in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar leren lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis leren te begrijpen, verdragen en er mee om te gaan.
Zorgprogramma	Paniekstoornis met en zonder agorafobie.
Prototype werkvorm	Focaal-inzichtgevend alleen op inzicht werken op de klacht maar niet op totale persoon.
Indicatiegebied Matrix Vaktherapie	Hoofdzakelijk is het PMT aanbod gericht op emotieregulatie, waarbij aandachtsregulatie (lichaamsgericht aandachtswerk) en het ontwikkelen van coping en vaardigheden (interactionele PMT) een onderdeel vormen. In de Matrix Vaktherapie wordt dit PMT behandelproduct geplaatst onder het indicatiegebied ‘PMT emotieregulatie’.
Rationale	De behandeling is voornamelijk gericht op de vier thema’s van angst voor controle-verlies die de patiënten lijken te ervaren. Uit dit onderzoek is gebleken het per patiënt verschillend is welke thema’s aan de orde zijn. Het product is daarom gebaseerd op alle vier de thema’s en wisselen per sessie de thema’s af. De vier thema’s zijn: • De angst voor <i>somatisch</i> controle-verlies; • De angst voor <i>psychisch</i> controle-verlies; • De angst voor <i>gedragmatig</i> controle-verlies; • De angst voor <i>sociaal</i> controle-verlies. Patiënten met angst voor somatisch controle-verlies zijn vooral bang voor een hartinfarct, flauwvallen en/of hersenbloeding. Het gaat er hierom dat ze bang zijn dat hun lichaam het ‘laat afweten’. Patiënten met angst voor psychisch controle-verlies zijn vooral bang om de grip op gebeurtenissen te verliezen en denken ‘gek’ te worden. Patiënten met angst voor gedragsmatig controle-verlies zijn bang om de controle te verliezen over het eigen gedrag. Ze vrezen voor totale ontremming, dat ze met iets gooien of zichzelf wat aandoen. Patiënten met een angst voor sociaal controle-verlies schamen zich meestal voor de symptomen van toegenomen arousal. Ze schamen zich bijvoorbeeld voor trillen, zenuwachtigheid of het weg willen gaan (Emmelkamp, Scholing & Bouman, 1995). Het is van groot belang om van je patiënten een duidelijk beeld te krijgen van de wijze waarop de patiënt controle-verlies beleeft. Deze informatie biedt belangrijke aanknopingspunten voor de behandeling.

	Om de paniekstoornis te kunnen begrijpen wordt het aan de patiënten uitgelegd aan de hand van het biopsychosociaal model. In dit model worden drie verschillende factoren beschreven: biologisch, psychologisch en sociaal. In dit model wordt er vanuit gegaan dat deze drie factoren met elkaar in verbinding staan en een rol spelen in het ontstaan, in stand houden en herstel van klachten. Er ontstaat een wisselwerking. Daarnaast wordt er vanuit gegaan dat wanneer de klachten op één gebied behandelt dit mogelijk de klachten op een ander gebied zal verminderen/verdwijnen (Rigter, 2008). Enkele voorbeelden van de drie factoren die betrekking hebben op de paniekstoornis: <i>Biologisch:</i> geslacht, genetische factoren of hypergevoeligheid. <i>Psychologisch:</i> angstsensitiviteit of gering zelfvertrouwen. <i>Sociaal:</i> life-events of sociaal isolement. PMT gaat uit van een relationeel mens- en lichaamsbeeld (Hekking & Fellingner, 2011) Dat beeld past binnen het kader van het biopsychosociaal model. Het aangrijpingspunt bij PMT is dat de patiënt via het lichaam en middels bewegen betrokken is bij zijn/haar omgeving. Doordat PMT de patiënt een veelheid aan contexten kan aanbieden leert hij/zij nieuwe associaties te maken (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2012).
Indicaties	De patiënt moet voldoen aan de onderstaande criteria om een indicatie te krijgen voor de behandeling. • Patiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar die gediagnosticeerd zijn met een paniekstoornis met of zonder agorafobie. • Voldoende motivatie om de behandeling aan te gaan. • Patiënt kan functioneren in een groep.
Contra-indicaties	Wanneer er bij de patiënt sprake is van minimaal één van de onderstaande klachten, leidt dit tot een contra-indicatie: • Panieklachten die het gevolg zijn van PTSS. • Medische aandoening zoals hartklachten. • Acute depressie. • Ernstige psychotische klachten. • Niet kunnen deelnemen aan een groep. • Onvoldoende motivatie.
Doelen	<i>Algemene doelen</i> • Het leren begrijpen van de paniekstoornis. • Het leren omgaan met de paniekstoornis. <i>Subdoelen</i> • De patiënt herkent de triggers en de daarbij behorende lichamelijke gewaarwordingen met betrekking tot paniek. • De patiënt begrijpt de lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis. • De patiënt verdraagt de lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis. • De patiënt leert omgaan met lichamelijke gewaarwordingen met een paniek voorspellende betekenis.
Interventies	<i>Scoringslijsten</i> De ACQ en de BSQ worden voorafgaand aan de behandeling

	afgenomen bij de patiënten zodat zichtbaar wordt welke klachten de patiënt heeft en aan het eind van de behandeling na 12 sessies. Het wordt voor de patiënt inzichtelijk of de paniek klachten zijn verminderd of verdwenen, tevens kan je deze informatie gebruiken om de behandeling te evalueren. <i>Interventies</i> • Psycho-educatie met betrekking tot panieklachten en lichamelijke sensaties; • Lichaamsgerichte werkvormen om bewust te worden van instandhoudend gedrag; • Interoceptieve exposure oefeningen (somatisch en psychisch controleverlies); • Aan paniek gerelateerde schaamte-oefeningen (gedragmatig-en sociaal controle-verlies); • Aandachtsgerichte werkvormen (respons-preventie). De interventies zijn gericht op de vier thema's van angst voor controle-verlies die de patiënten lijken te ervaren. <i>Attitude therapist</i> Directieve werkwijze waarbij de therapeut motiverend is, gericht op de actiebereidheid van de patiënt te zijn en daarbij steunend en structurerend te zijn zodat de patiënten gestimuleerd worden. De behandelstrategie oefengericht wordt op experimentele basis aangeboden met daarnaast ervaringsgerichte elementen die opgenomen zijn in een directieve werkwijze.
Randvoorwaarden	• Een PMT ruimte waar mogelijkheid tot bewegen is. • HBO (of hoger) opgeleide psychomotorische therapeut. • Aanwezigheid van diverse materialen om werkvormen te kunnen uitvoeren. • Audioapparatuur.
Subtypen	Een open groep van vier tot acht patiënten.
Behandelduur & frequentie	<i>Duur</i> 12 groepsbijeenkomsten van 75 minuten. <i>Frequentie</i> 1 keer per week.
Eindtermen	De patiënt heeft de doelstellingen behaald. Hierdoor kan de patiënt omgaan met de paniekstoornis en zijn de klachten verminderd of verdwenen.

BIJLAGE 3

De scoringslijsten die worden gehanteerd binnen PMT behandeling.

BSQ

Hieronder staat een lijst met bepaalde lichamelijke gevoelens, die kunnen voorkomen, wanneer u gespannen of angstig bent.

Geef aan **HOE BANG U BENT VOOR DEZE GEVOELENS.**

Omcirkel één van de cijfers 1 tot en met 5 volgens de hieronder aangegeven beschrijving:

- 1. Niet angstig of bezorgd door dit gevoel.
- 2. Een beetje angstig door dit gevoel.
- 3. Tamelijk angstig door dit gevoel.
- 4. Erg angstig door dit gevoel.
- 5. Heel erg angstig door dit gevoel.

Slaat u geen enkele vraag over s.v.p.

	niet	een beetje	tame- lijk	erg	heel erg
1. Hartkloppingen.	1	2	3	4	5
2. Druk of zwaar gevoel in je borst.	1	2	3	4	5
3. Verdoofd gevoel in je armen.	1	2	3	4	5
4. Tintelingen in je vingertoppen.	1	2	3	4	5
5. Verdoofd gevoel in een ander deel van je lichaam.	1	2	3	4	5
6. Gevoel van kortademigheid.	1	2	3	4	5
7. Duizeligheid.	1	2	3	4	5
8. Wazig of gestoord zien.	1	2	3	4	5
9. Misselijkheid.	1	2	3	4	5
10. Vlinders in je buik hebben.	1	2	3	4	5
11. Een zwaar gevoel in je maag hebben.	1	2	3	4	5
12. Een prop in je keel hebben.	1	2	3	4	5
13. Slappe benen hebben.	1	2	3	4	5
14. Zweten.	1	2	3	4	5
15. Een droge keel hebben.	1	2	3	4	5
16. Je verward voelen en niet meer weten waar je bent.	1	2	3	4	5
17. Gevoel los te zijn van je lichaam, maar gedeeltelijk aanwezig te zijn.	1	2	3	4	5

ACQ

Hieronder staan enkele gedachten of ideeën, die door uw hoofd kunnen gaan wanneer u gespannen of angstig bent.

Geef aan **hoe vaak elke gedachte voorkomt, wanneer u gespannen of angstig bent.**

Omcirkel één van de cijfers 1 tot en met 5 volgens de hieronder aangegeven beschrijving:

1. De gedachte komt **nooit** voor.
2. De gedachte komt **zelden** voor.
3. De gedachte komt **de helft van de tijd** voor.
4. De gedachte komt **vaak** voor.
5. De gedachte komt **voortdurend** voor.

Slaat u geen enkele vraag over s.v.p.

	nooit	zelden	de helft van de tijd	vaak	voort- durend
1. Ik ga overgeven.	1	2	3	4	5
2. Ik ga flauwvallen.	1	2	3	4	5
3. Ik heb vast een hersentumor.	1	2	3	4	5
4. Ik krijg een hartaanval.	1	2	3	4	5
5. Ik ga stikken.	1	2	3	4	5
6. Ik ga me gek gedragen.	1	2	3	4	5
7. Ik word blind.	1	2	3	4	5
8. Ik zal mezelf niet meer in de hand kunnen houden.	1	2	3	4	5
9. Ik zal iemand anders iets aandoen.	1	2	3	4	5
10. Ik krijg een beroerte.	1	2	3	4	5
11. Ik word gek.	1	2	3	4	5
12. Ik ga schreeuwen.	1	2	3	4	5
13. Ik ga wartaal uitslaan.	1	2	3	4	5
14. Ik word verlamd door angst.	1	2	3	4	5