

Werkblad beschrijving en beoordeling interventies

Samenvatting

Geen Paniek is een preventieve cursus in groepsverband om te leren omgaan met panieklachten voor volwassenen tussen 18 en 65 jaar.

Doel

Het doel van Geen Paniek is het verminderen van panieklachten, het voorkomen dat panieklachten of de gevolgen hiervan verergeren en dat personen die van een paniekstoornis hersteld zijn, opnieuw recidiveren.

Doelgroep

Geen Paniek is bestemd voor volwassenen tussen 18 en 65 jaar, die last hebben van lichte tot matige panieklachten met of zonder agorafobische klachten, of die recentelijk hersteld zijn van een paniekstoornis.

Aanpak

Geen Paniek is een cursus die bestaat uit acht bijeenkomsten van ieder twee uur en een terugkombijeenkomst na twee tot drie maanden. Het is de bedoeling dat de eerste zes bijeenkomsten van de cursus wekelijks worden gegeven. Tussen de laatste bijeenkomsten kan steeds een extra week gepland worden, zodat de cursist extra tijd krijgt om te oefenen.

De cursus is een gestructureerde vorm van training in het omgaan met panieklachten. Tijdens de acht bijeenkomsten leren de deelnemers hoe zij zelf verschillende cognitieve en gedragstherapeutische technieken kunnen toepassen. Vaardigheden om de theoretische achtergronden van paniek toe te passen, en vooral ook huiswerkopdrachten vormen een belangrijk onderdeel van de werkwijze.

Materiaal

- Draaiboek voor cursusleiders
- Cursusmap voor cursisten
- Cd//bandje met ontspanningsoefeningen

Onderzoek effectiviteit

- Een RCT naar de effectiviteit van Geen Paniek laat zien dat het risico op een paniekstoornis wordt gehalveerd.
- In een onderzoek naar een preventieprogramma voor paniekstoornissen ontwikkelt 2% van de deelnemers in de zes maanden die volgen een paniekstoornis in vergelijking tot 13% van de controlegroep.
- Na 6 maanden was er bij deelnemers aan een psycho-educatieve instructie op de eerste hulp post een significante reductie in het aantal paniekaanvallen.
- Onderzoek naar het effect van cognitieve gedragstherapie via internet laat significant meer vooruitgang in de experimentele groep dan in de controlegroep zien.

1. Toelichting naam van de interventie

De naam van de cursus 'Geen Paniek' duidt op het doel van de cursus: het voorkomen van een paniekstoornis door het verminderen van panieklachten of voorkomen van een terugval.

2. Doel van de interventie

Doelstellingen van de cursus Geen Paniek zijn:

- het verminderen van de panieklachten en voorkomen dat de panieklachten of de gevolgen hiervan verergeren bij mensen met lichte tot matige panieklachten (PDSS<13)
- voorkomen dat personen die van een paniekstoornis hersteld zijn, opnieuw recidiveren.

Centraal staat het aanleren van vaardigheden waarmee deelnemers beter kunnen omgaan met hun panieklachten. Het aanleren van deze vaardigheden gebeurt door middel van het uitvoeren en behandelen van de volgende cursusonderdelen:

- Leren omgaan met spanningsklachten
 - Verband tussen levensstijl en panieklachten bestuderen en plannen voor verandering uitvoeren in de praktijk
 - Stressbronnen effectief leren aanpakken.
 - Ontspanningsoefeningen
 - Oefening lichamelijke gevoelens
- Meer grip krijgen op gedachten die de paniek doen toe- of afnemen
 - Verband tussen gedachten en angst bestuderen
 - Uitdagen van angstige gedachten
 - Bedenken van rustgevende gedachten
- Opnieuw leren begeven in voor de deelnemers moeilijke situaties
 - Het belang van gedragsoefeningen bestuderen
 - Angstthermometer met gedragsoefeningen opstellen
 - Stap voor stap oefenen in de praktijk

3. Doelgroep van de interventie

Voor wie en wat is de interventie bedoeld?

De cursus is bestemd voor volwassenen tussen 18 en 65 jaar, die last hebben van lichte tot matige panieklachten met of zonder agorafobische klachten. Bij agorafobische klachten is er een onredelijke angst om zich te begeven in situaties waaruit men niet onmiddellijk zou kunnen ontsnappen of waarin men denkt niet snel hulp te krijgen in geval van een paniekaanval. De cursus is ook geschikt voor mensen die recentelijk hersteld zijn van een paniekstoornis. Als richtlijn voor deelname gelden de criteria genoemd onder het kopje 'indicaties en contra-indicaties' (zie hieronder).

Prevalentie en spreiding

Uit het NEMESIS-onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) (Bijl et al.,

1997) blijkt dat angststoornissen (naast stemmingsstoornissen en alcoholafhankelijkheid) tot de meest voorkomende psychiatrische problemen behoren. De levensprevalentie van angststoornissen is 19,3%, de 12-maanden-prevalentie is 12,4%. Van alle angststoornissen lijkt de paniekstoornis de meeste beperkingen te geven. Het is een psychische stoornis die veel voorkomt met een lifetime prevalentie van 3,8% en een 12-maanden-prevalentie van 2,2%, waarvan 35% een nieuw geval is. Dat geeft 68.000 nieuwe gevallen per jaar. De stoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (levensprevalentie van respectievelijk 5,7% en 1,9%). Daarnaast is er nog een veel grotere groep die last heeft van paniekaanvallen en die daarom plaatsen en situaties vermijdt of daarbij veel spanning ervaart, zonder dat men aan de diagnostische criteria voldoet. In internationale literatuur is de levensprevalentie van deze 'subsyndromale paniekstoornis' terug te vinden. Afhankelijk van de gebruikte definitie gaat het dan om 5,1% (aanvallen met weinig symptomen, 'limited symptom attacks') of 7.5% (paniekaanvallen, 'infrequent panic attacks') (Batelaan e.a., 2006).

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

De cursus is geschikt voor mensen:

- met lichte tot matige panieklachten (ze voldoen aan de DSM-IV criteria volgens de M.I.N.I.-Plus), met of zonder agorafobische klachten
- met voldoende intellectuele capaciteiten om de cursus te volgen (in verband met aard van de leerstof en hoeveelheid huiswerk)
- die zelfstandig opdrachten kunnen uitvoeren
- die in een groep kunnen functioneren (zich kunnen uiten / kunnen luisteren naar anderen)

Gelijktijdige individuele begeleiding/behandeling heeft niet de voorkeur maar is in principe wel mogelijk (toch wordt geadviseerd eerst het één en dan het ander te volgen).

Medicatie is geen bezwaar voor deelname.

De cursus is niet geschikt voor mensen met:

- een ernstige paniekstoornis (gedefinieerd als een PDSS-SR-score hoger dan 12)
- een andere (angst)stoornis die de panieklachten beter kan verklaren
- een organische factor die de klachten in gang heeft gezet of in stand houdt
- dreigende suïcidaliteit of een crisissituatie
- psychotische kenmerken, verslavingsproblemen, ernstige gehoorstoornissen en slechtziendheid
- psychische of sociale problemen die op de voorgrond staan
- lees- en/of leerproblemen
- ernstige lichamelijke ziekte, hersenbeschadiging of ernstig hoofdletsel
- gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal

Toepassing bij etnische groepen

De interventie is niet speciaal ontwikkeld voor personen met een allochtone achtergrond en heeft geen speciale faciliteiten voor allochtonen.

4. Omschrijving van de interventie

4.1. Methodiek

4.1.1. Aard van de cursus

De cursus is een preventieve cursus. Het is een gesloten groep; een groep met een vast aantal

personen gedurende een afgesproken periode. Het minimum aantal deelnemers is zes en het maximum is twaalf. Een groepsmaat van tien deelnemers is optimaal.

De organisatie van de cursus is in handen van de preventieafdeling van een GGZ-instelling. Het maken van een onderscheid tussen lichte/matige en ernstige panieklachten en het toepassen van cognitieve gedragstherapeutische interventies vereist een deskundigheid die binnen een GGZ-instelling aanwezig is.

4.1.2. Aantal en structuur bijeenkomsten

De cursus bestaat uit acht bijeenkomsten van ieder twee uur en een terugkombijeenkomst na twee tot drie maanden. Het is de bedoeling dat de eerste zes bijeenkomsten van de cursus wekelijks worden gegeven. Tussen de laatste bijeenkomsten kan steeds een extra week gepland worden, zodat de cursist meer tijd krijgt om te oefenen.

De duur van de bijeenkomsten is twee uur inclusief pauze. Tijdstip van de pauze kan door de cursusleid(st)ers zelf bepaald worden, eventueel in overleg met de cursisten. De dag en het tijdstip worden per groep bepaald. De voorkeur gaat uit naar een avondcursus omdat veel cursisten overdag bijvoorbeeld werken.

De cursus is een gestructureerde vorm van training in het omgaan met panieklachten. Tijdens de acht bijeenkomsten leren de deelnemers hoe zij zelf verschillende cognitieve en gedragstherapeutische technieken kunnen toepassen. Technieken die aan de orde komen zijn onder andere:

- ontspanningsoefeningen
- herkennen van angstige gedachten
- formuleren van rustgevende gedachten
- oefeningen om te wennen aan lichamelijke gevoelens
- gedragsoefeningen

Theoretische achtergronden, vaardigheden om deze toe te passen, het oefenen van vaardigheden, uitwisselen van ervaringen en huiswerkopdrachten vormen een belangrijk onderdeel van de werkwijze van de cursus.

Door middel van gerichte kennisoverdracht en het aanleren van specifieke vaardigheden worden beschermende factoren versterkt en risicofactoren verminderd.

Elke bijeenkomst is als volgt opgebouwd:

- terugblik op vorige bijeenkomst
- bespreken huiswerk
- bespreken vaardigheid/thema
- vooruitkijken op volgende bijeenkomst
- opgeven van huiswerk

In bijeenkomst 2 ziet dat er bijvoorbeeld als volgt uit:

- Bespreken van het huiswerk: informatie lezen over paniekaanvallen, hoe ermee om te gaan en het registreren ervan. De deelnemers bespreken de registratieformulieren met de leiding en de deelnemers krijgen aanbevelingen hoe zij de registratie kunnen verbeteren. De motivatie voor de cursus is in het huiswerk uitgewerkt en wordt van elke deelnemer kort doorgenomen.
- Uitleg over levensstijl en panieklachten. De groepsleiding bespreekt met de deelnemers voorbeelden en de deelnemers gaan na hoe zij de bijbehorende opdracht zouden invullen: een plan van aanpak om je levensstijl te veranderen en zo beter bestand te zijn tegen stress.
- Uitleg over spanningsklachten en ontspanningsoefeningen. Er wordt plenair een ontspanningsoefening uitgevoerd en nabesproken.
- Uitleg over hyperventilatie. Deelnemers wisselen ervaringen en tips uit.
- Huiswerk voor volgende week bespreken:
 - registratieformulier paniekaanvallen invullen
 - informatie over levensstijl en panieklachten doornemen en bijbehorende opdracht maken

- informatie over stressbronnen doornemen en bijbehorende opdrachten maken
- informatie over spanningsklachten en ontspanningsoefeningen doornemen
- 2x per dag de ontspanningsoefening doen en aansluitend het registratieformulier invullen
- informatie over hyperventilatie doornemen
- Terugblik op de bijeenkomst en vooruitblik op de volgende bijeenkomst.

De deelnemers evalueren de cursus in bijeenkomst 8. Dit doen zij door de registratieformulieren voor paniekaanvallen te bespreken die zij gedurende de cursus ingevuld hebben. Zij gaan na welke veranderingen er zijn in het aantal, duur, omstandigheden, mate van angst en hoe je ermee om kan gaan.

Ook wordt in de laatste bijeenkomst een evaluatieformulier ingevuld met vragen over onder andere de mate van verbetering, welke elementen van de cursus het meest hebben geholpen, werkwijze en organisatie.

Verder wordt besproken hoe deelnemers na de cursus verder gaan. Als deelnemers behoefte hebben aan verdere begeleiding, wordt advies geboden.

4.1.3. Aanmelding en kennismaking

Bij voorkeur melden de deelnemers zichzelf aan. Eventueel kan de verwijzer de gegevens van de belangstellende doorgeven aan de begeleider. Er zijn folders met informatie over de cursus en een antwoordkaart waarmee mensen zich kunnen aanmelden voor de cursus. Dit kan ook via de website www.cursusgeenpaniek.nl. Verder zijn er posters van Geen Paniek om mensen te informeren over de cursus.

Na de aanmelding neemt één van de begeleiders telefonisch contact op met de potentiële deelnemer voor een eerste screening. Tijdens deze screening krijgt de deelnemer kort uitleg gegeven over de cursus (inhoud, doel, werkwijze) en de verdere procedure. De cursusleider benadrukt hierbij dat het een preventieve cursus is voor mensen met lichte/matige panieklachten waarbij geen andere ernstige problemen op de voorgrond staan. Daarnaast wordt naar de klachten en verwachtingen van de persoon gevraagd en ingeschat of deelname mogelijk zinvol is. Indien de belangstellende geschikt lijkt en deel aan de cursus wordt een kennismakingsgesprek gepland.

Tijdens de telefonische aanmelding worden de volgende gegevens geregistreerd:

1. Naam en geboortedatum
2. Adresgegevens
3. Naam verwijzer/behandelaar
4. Hoe de persoon aan informatie over de cursus is gekomen
5. Aard van de klachten van de persoon (hoe lang zijn de klachten aanwezig, co-morbiditeit, welke klachten staan op de voorgrond, vermijdingsgedrag).

Indien de potentiële deelnemers geschikt lijkt voor deelname ontvangt deze een uitnodiging met bevestiging van een datum en tijdstip en de vragenlijsten Panic Disorder Severity Scale-Self Rating (PDSS-SR) (Shear et al, 1997, 2001) en een algemene vragenlijst. Die vragenlijsten neemt hij/zij ingevuld mee neemt naar het kennismakingsgesprek.

Het kennismakingsgesprek vindt in principe plaats op de locatie waar ook de cursus wordt gehouden. Het gesprek duurt ongeveer 30 minuten. In het gesprek wordt aan de belangstellenden uitgelegd wat zij van de cursus kunnen verwachten en wat niet. Daarnaast wordt informatie verstrekt over de doelstelling, de opzet en methodiek van de cursus. Verder wordt nagegaan of de belangstellenden geschikt zijn voor deelname aan de cursus. Het verdient de voorkeur om de kennismakingsgesprekken met beide begeleiders te voeren. De preventiewerker geeft informatie over de inhoud van de cursus (deel 1), terwijl de hulpverlener de ingevulde vragenlijsten bekijkt om na te gaan of andere problemen een rol spelen (deel 2). Op deze manier kunnen de vragenlijsten tijdens het gesprek meegenomen worden in de beoordeling.

De vragenlijsten die de deelnemers invullen zijn:

1. Algemene vragenlijst

In deze vragenlijst wordt gevraagd naar demografische gegevens, gegevens over de klachten en gegevens over eerdere behandeling.

2. PDSS-SR

De PDSS-SR bestaat uit 7 vragen en meet de algemene ernst van een paniekstoornis. Een score van hoger dan 12 is een indicatie voor een matige/ernstige paniekstoornis.

Alleen mensen met lichte tot matige panieklachten (PDSS<13) kunnen deel nemen aan de cursus. Mensen met meer ernstige klachten worden doorverwezen naar behandeling.

Als extra vragenlijst voor het kennismakingsgesprek kan men de Symptom Checklist – 90 (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 2003) gebruiken. Deze hoeft echter alleen afgenomen te worden als de begeleider meer informatie wil over de mogelijke klachten.

Na afloop van het kennismakingsgesprek besluiten de begeleiders of een belangstellende geschikt is voor deelname of niet.

De vragenlijsten PDSS-SR en SCL-90 kunnen ook gebruikt worden om gedurende de cursus de toe- of afname van panieklachten van deelnemers te monitoren. Dit gebeurt tot op heden naar eigen inzicht van de cursusleiders.

Bij de verschillende onderzoeken naar Geen Paniek (Meulenbeek e.a., 2009; Smit e.a., 2007) worden de PDSS-SR en de SCL-90 standaard als voor- en nameting gebruikt om de effecten van de cursus te meten.

Protocol / handleiding

Het draaiboek van Geen Paniek is bedoeld voor mensen die de cursus gaan uitvoeren binnen hun eigen organisatie. Het draaiboek bevat achtergrondinformatie over de paniekstoornis en een beschrijving van de werkwijze per bijeenkomst. Verder is er een aantal bijlagen in het draaiboek opgenomen die te gebruiken zijn bij de uitvoeringen van de cursus. Voorbeelden daarvan zijn een leidraad voor het introductiegesprek in de eerste cursusbijeenkomst en een vragenlijst voor kennismakingsgesprekken onder cursisten.

Locatie van uitvoering

De cursus kan worden gehouden op de locatie waar de preventie- of curatieafdeling is gehuisvest.

4.2 Onderbouwing: probleem- of risico-analyse

Kenmerken risico of probleem

Het centrale kenmerk van de paniekstoornis is de paniekaanval volgens de Diagnostic Statistical Manual IV (DSM-IV) (APA, 2001). Een paniekaanval is een plotseling optredende intense angst of spanning. Zo'n aanval wordt begeleid door verschillende lichamelijke klachten zoals trillen, zweten, gevoelens van ademnood en duizeligheid. Vaak ontwikkelen mensen met panieklachten, naast de spontane panieklachten, de angst om zich te begeven in situaties waaruit men niet onmiddellijk zou kunnen ontsnappen of waarin men denkt geen hulp te kunnen krijgen in geval van een paniekaanval. Voorbeelden van dergelijke situaties zijn winkels, bioscopen en het openbaar vervoer. Men gaat situaties vermijden waar de paniekaanval is opgetreden of zou kunnen optreden. Ernstig

vermijdingsgedrag kan ervoor zorgen dat iemand geen paniekaanvallen meer heeft, maar tegelijkertijd de deur niet meer uitkomt. Daarnaast bestaat er veiligheidsgedrag als een vorm van vermijding. Veiligheidsgedrag bestaat uit gedragingen die de verwachte catastrofe bij een paniekaanval moeten voorkomen. Voorbeeld van veiligheidsgedrag zijn: gaan zitten wanneer de benen trillen bij een paniekaanval of het vastklampen aan een winkelwagentje uit angst te vallen. Door dit gedrag krijgt iemand nooit de ervaring dat een paniekaanval geen kwaad kan en zal de angst voor een paniekaanval niet verminderen. Iemand kan op die manier steeds afhankelijker worden en het vertrouwen verliezen zelf met angst of paniek om te kunnen gaan.

De aanval zelf beslaat een begrensde periode waarin betrokkene intens angstig is en waarin tenminste 4 van de onderstaande symptomen abrupt optreden en binnen 10 minuten een piek bereiken (DSM-IV criteria):

- kloppend of bonzend hart
- zweten
- trillen of beven
- gevoelens van ademnood
- het gevoel te stikken
- pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- misselijkheid of maagklachten
- gevoelens van duizeligheid, onvastheid, lichthoofdigheid of flauwte
- derealisatie of depersonalisatie
- angst voor controleverlies of om krankzinnig te worden
- angst om dood te gaan
- tintelingen of verdoofd gevoel
- koude rillingen of warmtevlagen

De co-morbiditeit van een paniekstoornis is groot. Een paniekstoornis wordt vaak samen gezien met een stemmingsstoornis en/of alcohol- of benzodiazepine gebruik.

Risicofactoren

Verskillende factoren zijn van invloed op het ontstaan van een paniekstoornis. Het gaat bijvoorbeeld om genetische en lichamelijke factoren, om stressvolle gebeurtenissen, maar ook om individuele kwetsbaarheden.

De paniekstoornis komt bij vrouwen anderhalf tot driemaal vaker voor dan bij mannen (Eaton e.a., 1994; Weissman e.a., 1997; Reed & Wittchen, 1998; Vega e.a., 1998; Wittchen e.a., 1998; Kringle e.a., 2001). Er is geen duidelijk verband gevonden tussen de paniekstoornis en leeftijd voor mensen tot 65 jaar. Bij mensen vanaf 65 jaar komt de paniekstoornis minder vaak voor (Eaton e.a., 1991; Dick e.a., 1994). Onderzoek wijst ook uit dat een genetische kwetsbaarheid bestaat om een paniekstoornis te ontwikkelen (Goldstein e.a., 1994; Hettema e.a., 2001).

De paniekstoornis komt vaker voor bij weduwen, weduwnaren en gescheiden mensen, (Stefánsson e.a., 1991) en bij mensen met een laag opleidingsniveau (Eaton e.a., 1994).

Verder kunnen risicofactoren in de kindertijd de kans op een paniekstoornis verhogen (Dinwiddie e.a., 2000; Kendler e.a., 2000).

Ook wordt in de meeste onderzoeken een verhoogd aantal stressvolle levensgebeurtenissen gerapporteerd voorafgaand aan het ontstaan van een paniekstoornis (Faravelli & Pallanti, 1989; De Loof e.a., 1989).

Mensen met panieklachten hebben vaak een hoge angstgevoeligheid, een sterke neiging om onschuldige lichamelijke sensaties als gevaarlijk te interpreteren met als gevolg dat zij vaker angstig zijn voor lichamelijke sensaties (Gardenswartz & Craske, 2001). Een vicieuze cirkel kan ontstaan, waarin lichamelijke sensaties via verkeerde interpretatie tot angst leiden, resulterend in een toename van lichamelijke sensaties, wederom resulterend in een verhoging van het angstniveau (Clark, 1986).

Ook gedragsinhibitie speelt een rol bij mensen met panieklachten. Gedragsinhibitie is een persoonlijkheidskenmerk dat verwijst naar angst voor onbekende situaties, mensen en objecten en de neiging daarop met angst, verlegenheid en vermijding te reageren (Scholing & Oosterhof, 2001).

Met risico of probleem samenhangende factoren

De paniekstoornis heeft een grote impact op het functioneren (Alonso e.a., 2004). De nadelige gevolgen van de paniekstoornis zijn op meerdere gebieden aangetoond. Iemand met een paniekstoornis heeft een beduidend lagere kwaliteit van leven en algemene gezondheidstoestand dan de algemene bevolking (Katerndahl & Realini, 1997; Bijl & Ravelli, 2000). Beroepsmatig functioneert iemand minder goed (Kouzis & Eaton, 2000; Katerndahl & Realini, 1997; Kessler & Frank, 1997; Bijl & Ravelli, 2000; Alonso e.a., 2004).

Er zijn aanwijzingen dat mannen met een paniekstoornis een verhoogd risico hebben te overlijden aan hart- en vaatandoeningen (Grasbeck e.a., 1996). Daarnaast blijkt uit een onderzoek van Markwitz e.a. (1989) dat 20% van de mensen met een paniekstoornis ooit een zelfmoordpoging heeft gedaan.

Als zowel directe kosten als indirecte kosten (bijvoorbeeld verminderde arbeidsparticipatie) worden meegerekend, is de paniekstoornis een van de duurste psychische stoornissen: jaarlijks kost een persoon met paniekstoornis 8.390 euro méér dan iemand zonder een paniekstoornis (Smit e.a., 2005). Doordat de paniekstoornis relatief vaak voorkomt, is de stoornis een van de meest kostbare psychische stoornissen (Smit e.a., 2005). Een onderzoek toont aan dat vooral de onbehandelde paniekstoornis veel kosten met zich meebrengt, veroorzaakt door een hoge medische consumptie en werkverlies (Salvador-Carulla, 1995). Vroegtijdige behandeling zou de samenleving een aanzienlijke kostenbesparing kunnen opleveren, vooral ook omdat het merendeel van de mensen met een paniekstoornis géén behandeling ontvangt (Kessler e.a., 1999).

Mensen met lichte tot matige panieklachten hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van een paniekstoornis (Ehlers, 1995). Panieklachten nemen meestal niet vanzelf af. Wanneer een angststoornis is ontstaan, blijft ruim 80% van de mensen zonder behandeling symptomen vertonen en bij het percentage dat wel herstelt, bestaat een 7% kans op terugkeer van paniekaanvallen (Eaton e.a., 1998).

Wanneer niet tijdig ingegrepen wordt, is de kans op een chronische stoornis groot. Panieklachten zijn namelijk vaak progressief: 50% van de mensen met een paniekstoornis ontwikkelt deze binnen 2 jaar na de eerste aanval (Eaton e.a., 1998). De meeste mensen met een paniekaanval hebben binnen 1 jaar meer klachten; ruim een derde van de mensen een paniekaanval ontwikkeld een paniekstoornis en meer dan 90% van de mensen met minsten een paniekaanval ontwikkelt een psychiatrische stoornis (Reed & Wittchen, 1998)

4.3 Onderbouwing: verantwoording doelen en aanpak

Koppeling risico/probleem - doelen – aanpak

De precieze oorzaak van het ontstaan van de paniekstoornis is niet duidelijk, maar er komt steeds meer bewijs voor het cognitieve model van Clark (1986). Een paniekaanval is volgens dit model een

catastrofale misinterpretatie van een prikkel van binnenuit. Het is dus niet de situatie die de paniek veroorzaakt, maar de wijze waarop die geïnterpreteerd wordt. Een voorbeeld van zo'n misinterpretatie is het ten onrechte interpreteren van hartkloppingen als een teken dat wijst op een hartinfarct. Dit heeft angst tot gevolg en dat leidt tot lichamelijke verschijnselen zoals versneld ademen en transpireren. Deze verschijnselen kunnen aanleiding zijn voor nog meer angst en daardoor meer klachten. Uiteindelijk kan een paniekaanval het gevolg zijn.

Bij cognitieve therapie wordt de deelnemer uitgedaagd zulke onjuiste, irrationele gedachten te corrigeren. Als deze gedachten vervangen worden door rationele gedachten, zal ook het gedrag veranderen. Met behulp van cognitieve therapie leert men de gedachten die ten grondslag liggen aan de paniekaanvallen te veranderen in rationele gedachten. Die rationele gedachten zullen hem in staat stellen om normaal te functioneren.

Een belangrijk onderdeel van de cursus is psycho-educatie over hoe paniekaanvallen ontstaan. Er wordt uitgelegd dat angst en paniek normale reacties zijn in bepaalde situaties en dat gevoelens, gedachten en gedrag een rol spelen in het voortbestaan van paniekkklachten.

Omdat mensen met paniekkklachten vaak een hoge angstgevoeligheid hebben die in een vicieuze cirkel kan resulteren (lichamelijke sensaties leiden via verkeerde interpretatie tot angst, daardoor nemen lichamelijke sensaties toe en verhoogd het angstniveau weer), wordt veel aandacht besteed aan het interpreteren van lichamelijke gevoelens. Een belangrijk doel van de interventie is het vervangen van de irrationele gedachten (over bijvoorbeeld lichamelijke sensaties) door rationele gedachten. De deelnemer leert op die manier zijn angst en paniekaanvallen anders interpreteren.

Een leerpunt voor de deelnemer is dat de lichamelijke gevoelens niet wijzen op een gevaarlijke ziekte, maar dat dat gevoel het gevolg is van een onjuiste interpretatie van de lichamelijke verschijnselen die door de paniek veroorzaakt worden. Door middel van oefeningen leert de deelnemer omgaan met lichamelijke gevoelens zoals zweten, hartkloppingen, ademnood, benauwd gevoel of duizeligheid. Door deze gevoelens bewust op te roepen, kan de deelnemer zich extra bewust worden van wat er in het lichaam gebeurt. Deze oefening kan helpen de deelnemer te leren dat lichamelijke gevoelens opgeroepen kunnen worden en weer vanzelf verdwijnen. Ook ervaart de deelnemer dat er niets ergs gebeurt en dat je aan lichamelijke gevoelens kunt wennen.

In de cursus worden regelmatig gedragsoefeningen door de deelnemers uitgevoerd. Deelnemers worden dan gevraagd zichzelf stapsgewijs bloot te stellen aan de situatie waar hij angst voor heeft. Deze blootstelling draagt bij aan uitdoving van de angst, doordat deelnemers wennen aan de lichamelijke sensaties en ervaren dat er niet altijd iets engs gebeurt. Op die manier leren deelnemers op een andere manier met angstige situaties om te gaan en kan de gedragsinhibitie die bijdraagt aan het voortduren van de paniekstoornis verminderen.

Geen Paniek is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes die bewezen effectief zijn voor mensen met een aanwezige paniekstoornis (Bakker, 2001). Met cognitieve therapie wordt 40 tot 90 procent van de patiënten paniekvrij (Bakker e.a., 1999). Het gaat daarbij om interventies als psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, gedragsoefeningen (exposure in vivo), oefeningen over lichamelijke gevoelens en angstige gedachten omzetten in rustgevende gedachten.

Onderzoek heeft aangetoond dat het verminderen van angstige (en onrealistische) gedachten door middel van het aanbieden van realistische gedachten ervoor zorgt dat patiënten minder snel een paniekaanval krijgen wanneer zij stoffen toegediend krijgen die voor lichamelijke sensaties zorgen (Taylor, 2000).

In een artikel van Batelaan e.a. (in press), wordt geconcludeerd dat geïndiceerde preventie van lichte paniekkklachten een efficiënte strategie is om de prevalentie van angststoornissen te verlagen.

Geen Paniek laat gunstige resultaten zien op het ontstaan van een paniekstoornis: het risico op een paniekstoornis wordt gehalveerd door de interventie (Smit e.a., 2007).

Samenvatting werkzame ingrediënten

- De deelnemer leert omgaan met spanningsklachten door middel van bijvoorbeeld psycho-educatie over het ontstaan van lichamelijke sensaties en ontspanningsoefeningen.
- De deelnemer leert in de cursus angstige gedachten te herkennen en rustgevende gedachten te formuleren en op die manier meer greep te krijgen op gedachten die de paniek doen toenemen.
- De deelnemer leert omgaan met lichamelijke gevoelens door middel van oefeningen.
- De deelnemer leert zich opnieuw te begeven in voor de deelnemer moeilijke situaties zodat vermijdingsgedrag vermindert en angst uitdooft.

4.4 Eisen begeleiding, uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van uitvoering en begeleiding

De groep wordt gegeven door twee begeleiders die een training hebben gevolgd om Geen Paniek te begeleiden. Een preventiewerker en een hulpverlener werkzaam in de GGZ kunnen de groep samen geven: de preventiewerker waarborgt de preventieve invalshoek en de hulpverlener brengt specifieke deskundigheid in op het gebied van cognitieve gedragstherapie en paniekstoornissen. Bovendien is het belangrijk dat de begeleiders over didactische vaardigheden beschikken. De begeleiders moeten zich kunnen inleven in de leefwereld van de deelnemers die vaak angstige situaties meemaken. Zij moeten in staat zijn een veilige omgeving voor de deelnemers te creëren door empathisch te zijn: invoelen, accepteren, respect en geduld tonen zijn hiervan belangrijke ingrediënten. Daarnaast is het belangrijk dat de begeleiders in staat zijn de deelnemers te stimuleren elkaar vragen te stellen en te reageren op elkaar, zonder dat het groepstherapie wordt. Het is een preventieve cursus. De cursus dient daarom begeleid te worden door twee medewerkers die goed thuis zijn in de methodiek van preventief werken en die over voldoende ervaring beschikken in het begeleiden van personen met panieklachten. Door alleen mensen met lichte tot matige panieklachten (PDSS<13) deel te laten nemen aan de cursus wordt bewaakt dat het een preventieve cursus blijft en geen therapie wordt.

Ter voorbereiding op de cursus wordt de volgende literatuur aanbevolen:

Beurs, E. de, & Widenfelt, B. van (2004). Paniekstoornis en agorafobie. Houten:

Bohn Stafleu Van Loghum.

Sterk, F., & Swaen, S. (2001). Leven met een paniekstoornis. Houten/Diegem:

Bohn Stafleu Van Loghum.

Een gedegen voorbereiding van de begeleiders is belangrijk om de onderwerpen goed te kunnen bespreken en de structuur van de bijeenkomsten vast te houden. Naast het draaiboek gebruiken de begeleiders dezelfde materialen als de cursisten. De totale tijdsinvestering van de begeleiders van de cursus (voorbereiding en uitvoering) bedraagt circa 3-4 uur per week per begeleider.

Overige eisen

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt verder bepaald door de uitvoerder.

5. Overige voorwaarden voor toepassing

Indicatiestelling

Voor de toepassing van de interventie is geen speciale indicatie vereist, die afwijkt van de voor de sector of aanbieder wettelijk gebruikelijke indicatie.

Kosten van de interventie

Kosten per deelnemer bedragen 25 tot 50 euro. Deze bijdrage is bedoeld voor cursusboek, koffie en thee. De aanbiedingskosten van de interventie bedragen ongeveer 750 euro per deelnemer.

Tijdsinvestering

Cursusbegeleiders hebben circa 3-4 uur per week nodig voor voorbereiding en uitvoering van de cursus.

Cursisten hebben, naast de cursusbijeenkomsten, gemiddeld ½ tot 1 uur per dag nodig voor huiswerk.

6. Samenvatting onderzoek effectiviteit**6.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit****Meulenbeek e.a. (2009)**

In een recent gepubliceerde pilotstudie (Meulenbeek e.a., 2009) laat de interventie Geen Paniek veelbelovende resultaten zien. Het gaat hier om een quasi-experimenteel pre-post design met twee groepen (één groep kreeg 8 sessies en één groep kreeg 12 sessies).

Werving vond plaats in de algemene bevolking door middel van advertenties in regionale nieuwsbladen en informatiebrochures in huisartspraktijken. In totaal deden 114 deelnemers aan het onderzoek mee. Daarvan was 78% vrouw en de gemiddelde leeftijd was 42 jaar. De cursisten waren verdeeld over 12 GGZ-instellingen.

Met behulp van verschillende vragenlijsten die op 3 meetmomenten werden afgenomen (vooraf, direct na het volgen van de cursus en 6 maanden na afloop van de cursus) werden middelgrote tot grote effect sizes gevonden voor panieksymptomen, agorafobiesymptomen, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en depressiesymptomen.

1. Panieksymptomen waren na afloop van de cursus (T1) en 6 maanden na de cursus (T2) afgenomen. Met de Panic Disorder Severity Scale (Shear e.a., 2001) werden effect sizes van 0.75 (T1) en 0.71 (T2) gevonden. Met de Body Sensation Questionnaire (Chambless e.a., 1984) werden effect sizes van 1.02 (T1, T2) gevonden en met de Symptom Checklist (Derogatis e.a., 1973) werden op de schaal 'Anxiety' effect sizes van 0.84 (T1) en 0.96 (T2) gevonden.
2. Ook agorafobiesymptomen namen af. Naast de effect size die met de Panic Disorder Severity Scale werd gevonden, werd met behulp van de Agoraphobic Cognitions Questionnaire (Chambless e.a., 1984) een effect size van 0.84 (T1) en 0.95 (T2) gevonden. Met de Mobility Inventory (Chambless e.a., 1985) werd een effect size van 0.66 (T1) en 0.77 (T2) gevonden en met de schaal 'Phobic Anxiety' van de Symptom Checklist een effect size van 0.64 (T1) en 0.88 (T2).
3. Voor de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd met behulp van de MOS Short-Form General Health Survey (Stewart e.a., 1988) een effect size van 0.62 (T1) en 0.64 (T2) gevonden.
4. Ook symptomen van depressie namen af. Dat was vooral 6 maanden na afloop van de interventie merkbaar. Er werd op dat moment een effect size van 0.63 gemeten met de schaal 'Depression' van de Symptom Checklist.

Verder blijkt uit de evaluaties uitgevoerd na afloop van de cursus dat de cursisten en de cursusleiders positief zijn over de cursus. Het gaat dan met name over aspecten als organisatie, werkwijze, inhoud, materiaal en effecten.

Smit e.a., 2007

Opzet studie

In een onderzoek door Smit e.a. zijn de effecten van de groepscursus Geen Paniek onderzocht. Er werd een gerandomiseerde trial uitgevoerd waarbij de deelnemers werden toegewezen aan de interventie Geen Paniek (n=109) of een wachtlijstgroep (n=108).

Aan de studie namen preventiewerkers en hulpverleners deel van 17 GGZ-instellingen. In totaal gaven zij 34 cursussen. In de studie participeerden 217 respondenten, waarvan 71% vrouw. De gemiddelde aanvangsleeftijd was 42 jaar. De interventiegroep en de wachtlijstgroep waren bij aanvang goed vergelijkbaar op socio-demografische variabelen en uitkomstmaten.

Op verzoek van de cursusleiders is de cursus vóór de start van het onderzoek ingekort van 12 bijeenkomsten naar 8 bijeenkomsten. Uit een eerdere pilot kwam naar voren dat er geen verschillen in effectiviteit bestonden tussen beide versies.

Uitkomstmaten waren paniekstoornis of panieklachten, agorafobische vermijding, symptomen van angst, cognitieve aspecten van paniek en kwaliteit van leven. Deze uitkomsten zijn achtereenvolgens gemeten met de Mini-international Neuropsychiatric Interview (MINI-plus) (Sheenan e.a., 1998), Panic Disorder Severity Scale (PDSS) (Houck e.al., 2002) Mobility Inventory (MI) (Chambless e.a., 1985), Hospitality, Anxiety and Depression Scale (HADS-A) (Zigmond & Snaith, 1983), Paniek Opinie Lijns (POL) (de Beurs e.a., 2005) en EuroQol 5 dimensies (EQ-5D) (Gunther e.a., 2008). Tevens werd een kosteneffectiviteitsanalyse en een kostenutiliteitsanalyse uitgevoerd. De eindtermen in de economische evaluatie zijn de incrementele kosten per vermeden geval van paniekstoornis en de incrementele kosten per 'quality adjusted life year' (QALY). De kostenposten voor de economische evaluatie zijn gemeten met de TIC-P en onderdelen van de Prodisq.

Metingen vonden plaats voorafgaand aan de interventie, direct na afloop en zes maanden na beëindiging van de interventie.

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van de statische pakketten STATA (versie 9.1) en SPSS (versie 11.5 en 14). Analyses zijn verricht conform de volgende uitgangspunten:

- Analyse op basis van het 'intention-to-treat' principe. Ontbrekende uitkomstwaarden op vervolgmetingen zijn geïmputeerd met behulp van de regressie imputatie procedure zoals geïmplementeerd in STATA. Per uitkomstmaat werd steeds de beste combinatie van voorspellers bepaald om de ontbrekende waarden te schatten.
- In alle analyses naar de effectiviteit is gecorrigeerd voor clustereffecten van de variabele 'GGZ instelling', gezien het multi-site karakter van deze trial. Voor deze correctie is gebruik gemaakt van de eerste-orde Taylor-series linearisatie methode zoals geïmplementeerd in Stata versie 9.1.
- Er is 2-zijdig getoetst. De powerberekening is weliswaar gericht op 1-zijdige toetsing, maar de meeste toetsuitslagen bleken ook bij 2-zijdige toetsing significant. Er is daarom voor gekozen de meer conventionele 2-zijdige toetsen te rapporteren.
- Metingen vonden plaats voorafgaand aan de interventie (T0), direct na de interventie (T1) en een half jaar na beëindiging van de interventie (T2)
- Analyse van T1-data (effect 3 maanden na baseline).

Resultaten

Geen Paniek laat gunstige resultaten zien op het ontstaan van DSM paniekstoornis: het risico op een paniekstoornis wordt gehalveerd door de interventie. Van de 217 deelnemers is bij in totaal 54

deelnemers (25%) een significante verandering opgetreden; 37 mensen in de interventiegroep (34%) en 17 mensen in de wachtlijstgroep (16%). Het risicoverschil bedraagt daarmee 0.18 in het voordeel van de interventiegroep. De incidence rate ratio is 2.16. Dit betekent dat een betrouwbare verandering op de PDSS in de interventiegroep een factor 2,16 hoger (gunstiger) is dan in de controlegroep. Dit is significant ($p=0.000$).

Verder heeft de interventie positieve effecten op o.a. panieklachten ($d=0.59$), angstgevoelens ($d=0.55$) en coping ($d=0.63$). Effecten blijven gehandhaafd zes maanden na de interventie voor panieklachten ($d=0.85$), angst ($d=0.85$) en coping ($d=0.80$). Of de interventie beschouwd moet worden als kosteneffectief hangt deels af van wat men bereid is voor een hoeveelheid gezondheidswinst te betalen. De aanbiedingskosten van de interventie bedragen circa €750,- per deelnemer. De kosten per betrouwbare verbetering (€4.450,-) en per vermeden geval van paniekstoornis (€6.642) attenderen op kosteneffectiviteit. Echter wanneer het doel van de interventie er uit zou bestaan de kwaliteit van leven van mensen te verbeteren (uitgedrukt in een additioneel gewonnen voor kwaliteit van leven gecorrigeerd levensjaar) blijkt de interventie niet kosteneffectief te zijn met €59.124,- per gewonnen QALY. Echter, bij aanvang bleek de kwaliteit van leven vrij hoog en de mate waarin QALY's gewonnen werden door de interventie was bescheiden.

6.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

Buitenlandse studies

Op het gebied van preventie van angststoornissen moet een achterstand geconstateerd worden in vergelijking tot bijvoorbeeld depressie. Het bestaande aanbod is relatief beperkt en is niet voldoende onderzocht. Zelfs vanuit internationaal perspectief bezien is er nauwelijks onderzoek verricht naar de effecten van bestaande interventies (Cuijpers & Bohlmeijer, 2001; Hudson et al., 2004; Story et al., 2004). De volgende studies naar preventieve interventies voor paniekstoornissen werden in het buitenland gedaan:

Gardenswartz & Craske (2001)

Gardenswartz & Craske (2001) hebben een preventieprogramma voor paniekstoornissen getest. Het gaat hier om een 1-daagse workshop gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes. De workshop is bedoeld voor mensen die minstens één paniekaanval hebben gehad, zonder dat zij voldeden aan de DSM-IV criteria voor een paniekstoornis. In het effectonderzoek werden 55 personen in de experimentele groep vergeleken met 66 personen in de controlegroep. Scores van deelnemers werden met behulp van de Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI; WHO, 1997) gedurende zes maanden bijgehouden. In die zes maanden ontwikkelde 13.6% van de wachtlijstcontrolegroep een paniekstoornis in vergelijking tot 1.8% van de experimentele groep. Deze verschillen waren significant ($X^2= 5.53$, $p<.05$).

Swinson e.a. (1992)

Swinson en collega's hebben het effect onderzocht van psycho-educatieve instructie op de eerste hulppost. 33 mensen die met panieklachten op de eerste hulppost kwamen, werden geholpen door middel van geruststelling. 17 van hen kregen daarnaast psycho-educatie. Hen werd uitgelegd dat panieklachten het snelst verdwijnen door jezelf opnieuw te confronteren met de panieksituatie. Na 3 maanden en na 6 maanden werden scores op de Fear Questionnaire agoraphobia subscale, Mobility Inventory en de Beck Depression Inventory afgenomen en het aantal paniekaanvallen in die periode werd bijgehouden. Er was bij de experimentele groep een significante reductie in het aantal paniekaanvallen ($F= 4.13$, $df=1.31$, $p<.03$), maar geen significante afname van agorafobische klachten.

Lange e.a. (2007)

Lange en collega's onderzochten het effect van een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie via internet op klinische en subklinische paniekstoornis. 58 deelnemers werden toegewezen aan een experimentele groep die meteen een behandeling ontving of aan een controlegroep met een wachtlijst. Uitgegaan van de paniekregistratie blijkt dat 75% van de behandelde deelnemers het aantal aanvallen met de helft zag afnemen. Bij de controlegroep was dat slechts 19%. Er was significant meer vooruitgang in panieklachten in de experimentele groep dan in de controlegroep ($p < .001$).

7. Toepassing (uitvoerende organisaties)

De organisatie van de cursus is in handen van de preventieafdeling van een GGZ-instelling. Momenteel voeren de volgende instellingen de cursus 'Geen Paniek' uit:

- De Geestgronden (onderdeel van Stichting Buitenamstel Geestgronden)
- De Gelderse Roos Arnhem
- GGNet (Regio Apeldoorn & Zutphen)
- GGNet (Regio Oost-Gelderland & De Liemers)
- GGZ Dijk en Duin
- GGZ Midden-Brabant
- GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen
- GGZ Oost Brabant
- GGZ Westelijk Noord Brabant
- GGZ-centrum West Friesland
- GGZ-groep Noord- en Midden- Limburg
- Mediant GGZ
- Riagg Amersfoort en omstreken
- Riagg Rijnmond
- Symforagroep, De Meregaard
- De Gelderse Roos Veluwe Vallei
- Eleos: landelijk werkende instelling voor christelijke geestelijke gezondheidszorg

8. Overeenkomsten met andere interventies

Angst de Baas

De cursus 'Angst de baas' is bedoeld voor mensen met lichte tot matige angstklachten. Het is een cursus waarin het aanleren van vaardigheden centraal staat. Het doel is leren omgaan met angst, onzekerheid en spanningsklachten, meer greep krijgen op gedachten die angst doen toenemen en zich opnieuw leren begeven in moeilijke situaties.

In de cursus wordt onder andere aandacht besteed aan: wat angst is en gevolgen, angstige gedachten veranderen in goede gedachten, ontspannen en ademhalingsoefeningen. Er wordt geoefend in de groep en thuis door middel van huiswerk.

Deze groepscursus bestaat uit acht bijeenkomsten van twee uur en een terugkombijeenkomst. In de groep zitten ongeveer tien personen. De cursus wordt begeleid door twee medewerkers van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Een belangrijk verschil met Geen Paniek is dat deze cursus bedoeld is voor mensen met uiteenlopende angstklachten, terwijl Geen Paniek een cursus specifiek voor panieklachten is.

Interapy

Bij Interapy wordt een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie voor panieklachten via internet aangeboden. Het gaat om een behandelprotocol van 7 modules. Belangrijke elementen van de behandeling zijn vergelijkbaar met die van Geen Paniek: psycho-educatie, ontspanningsoefeningen en het onderzoeken en uitdagen van automatische gedachten (Lange e.a., 2007).

Het grootste verschil met Geen Paniek is dat het hier om een individuele online behandeling gaat in plaats van een preventieve face-to-face groepscursus.

Workshop

In het onderzoek van Gardenswartz & Craske (2001) wordt een 1-daagse workshop aangeboden.

Deze workshop is, net als Geen Paniek, gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes. De aanpak en oefeningen in deze workshop vertonen overeenkomsten met het programma van Geen Paniek. Zo wordt er psycho-educatie gegeven over het ontstaan van paniek, worden er gedragsoefeningen gedaan en worden er oefeningen met lichamelijke gevoelens gedaan.

Het belangrijkste verschil met Geen Paniek is dat het hier om een 1-daagse workshop van maximaal 5 uur gaat, terwijl de cursus Geen Paniek uit acht bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst bestaat.

De deelnemersgroep is groter dan bij Geen Paniek: hier gaat het om 15-22 deelnemers, bij Geen paniek zijn er 6-12 deelnemers. Ook heeft de workshop een nadrukkelijk didactische stijl.

9. Overige informatie

Ontwikkelaar / licentiehouder

- GGNet
Postbus 2003
7230 GC Warnsveld
Contactpersoon: Peter Meulenbeek, GZ-psycholoog/onderzoeker
tel. (0314) 376 700 op maandag en dinsdag tussen 13.00 uur en 14.00 uur
E-mail: p.meulenbeek@ggnet.nl
- Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
telefoon 030-2971100
fax 030-2971111
info@trimbos.nl

Materialen

Het draaiboek voor trainers (bestelnummer: AF0617) en de cursusmap (bestelnummer: AF0632) voor cursisten kunnen besteld worden op de website van Trimbos Preventie: www.trimbospreventie.nl. Het draaiboek kan alleen besteld worden als men de train-de-trainer 'Geen Paniek' heeft gevolgd. Bij de bestelling dient vermeld te worden wanneer en bij wie de training is gevolgd.

Verwijzingen en links

www.geenpaniek.nl

Referentie samensteller tekst

Geke Romijn (april 2009). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Geen Paniek'*
Utrecht: Trimbos-instituut

10. Lijst met aangehaalde literatuur

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martinez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W.A. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420): 38-46.

Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele Psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Bakker, A., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Balkom, A.J.L.M. van, (1999). Paroxetine, clomipramine and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 831-838.

Bakker, A. (2001). Recente ontwikkelingen in de behandeling van paniekstoornis en agorafobie *Tijdschrift voor psychiatrie*, 43, 385-393.

Barzega, G., Maina, G., Venturello, S., Bogetto, F. (2001). Gender-related differences in the onset of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3): 189-195.

Batelaan, N.M., Graaf, R., de, Balkom, A.J.L.M, van, Vollebergh, W.A.M., Beekman, A.T.F. (2006) De epidemiologie van paniek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 195-205.

Batelaan, N., Smit, F., Graaf, R., de, Balkom, A.J.L.M, van, Vollebergh, W., Beekman, A. (in press). Identifying target groups for the prevention of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Beurs, E. de, & Widenfelt, B. van (2004). *Paniekstoornis en agorafobie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Beurs, E. de, Smit, J. & Comijs, H.C. (2005). De Paniek Opinie Lijst (POL). De betrouwbaarheid en validiteit van een cognitieve maat voor paniekstoornis. *Gedragstherapie*, 38, 139-52.

Bijl, R.V., Zessen, G. van, Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II Preventie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.

Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine* 30, 57-668

Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R: Assessments of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984, 52:1090-1097.

Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C: The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 1985, 23:35-44.

- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Cuijpers, P., Bohlmeijer, E. (2001). *Preventie van psychische problemen vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg. De effecten van groepsgerichte interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Loof, C., Zandbergen, H., Lousberg, T., Pols, H., Griez, E. (1989). The role of life events in the onset of panic disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 27(4): 461-463.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 1973, 9:13-28.
- Dick, C.L., Bland, R.C., Newman, S.C. (1994). Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 89(376): 45-53.
- Dinwiddie, S.H., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Slutske, W.S., Bierut, L.J., Statham, D.B., Martin, N.G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological Medicine*, 30(1): 41-52.
- Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U., Magee, W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151(3): 413-420.
- Eaton, W.W., Anthony, J.C., Romanoski, A. (1998). Onset and recovery from panic disorder in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 501-507.
- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164-172.
- Faravelli, C., Pallanti, S. (1989). Recent life events and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(5): 622-626.
- Gardenswartz, C.A., Craske, M.G. (2001). Prevention of Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 725-737.
- Gardenswartz, C.A., Craske, M.G. (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(4): 725-737.
- Goldstein, R.B., Weissman, M.M., Adams, P.B., Horwath, E., Lish, J.D., Charney, D., Woods, S.W., Sobin, C., Wickramaratne, P.J. (1994). Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder and/or major depression. *Archives of General Psychiatry*, 51(5): 383-394.
- Grasbeck, A., Rorsman, B., Hagnell, O., Isberg, P.E. (1996). Mortality of anxiety syndromes in a normal population: the Lundby Study. *Neuropsychobiology*, 33(3): 118-126.
- Gunther, O.H., Roick, C., Angermeyer, M.C., Konig, H.H. (2008). The responsiveness of EQ-5D utility scores in patients with depression: A comparison with instruments measuring quality of life, psychopathology and social functioning. *Journal of affective disorders*, 105 (103), 81-91
- Harvison, K., Woodruff-Borden, J., Jeffery, S. (2004). Mismanagement of Panic Disorder in Emergency Departments: Contributors, Costs, and Implications for Integrated Models of Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 217-232.
- Hettema, J., Neale, M., Kendler, K. (2001). A review and meta analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10): 1568-1578.
- Hudson, J.L., Flannery-Schroeder, E., Kendall, F.C. (2004). Primary prevention of anxiety disorders. In: Dozois, J.A., Dobson K.S. (Eds.). *The prevention of anxiety and depression. Theory, research, and practice*, 101-130. Washington: American Psychological Association.
- Joyce, P.R., Bushnell, J.A., Oakley-Browne, M.A., Wells, J.E., Hornblow, A.R. (1989). The epidemiology of panic symptomatology and agoraphobic avoidance. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4):303-312.

- Katerndahl, D.A., Realini, J.P. (1997). Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4): 153-158.
- Kendler, K.S., Meyers, J., Prescott, C.A. (2000). Parenting and adult mood, anxiety and substance use disorders in female twins: an epidemiological multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine*, 2000(30): 281-294.
- Kessler, R.C., Frank, R.G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27(4): 861-873.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Katz, S.J., Kouzis, A.C., Frank, R.G., Edlund, M., Leaf, P. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 156(1): 115-123.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Ouellette, R., Johnson, J., Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA*, 265(6): 742-746.
- Kouzis, A.C., Eaton, W.W. (2000). Psychopathology and the initiation of disability payments. *Psychiatric Services*, 51(7): 908-913.
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7): 1091-1098.
- Kuipers, P.M.J.C., Honig, A., Griez, E.J.L., Braat, S.H.J.G., Wellens, H.J.J. (2000). Paniekstoornis bij patiënten met pijn op de borst en palpaties: een onvoldoende onderkend verband. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144 (16), 732-736.
- Lange, A., Ruwaard, J., Schrieken, B., Broeksteeg, J., Tienhoven, van, S., Jager, J., Emmelkamp, P. (2007). Geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie van klinische en subklinische paniekstoornis, via het internet: de behandeling en de resultaten van een gecontroleerde gerandomiseerde trial. *Directieve Therapie*, 27, 73-105.
- Markowitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R., Lish, J.D., Klerman, G.L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46(11): 984-992
- Meulenbeek, P., Willemse, G., Smit, F., Smits, N., Balkom, A. van, Spinhoven, P., Cuijpers, P. (2009). Effects en feasibility of a preventive intervention in sub-threshold and mild panic-disorder: Results of a pilot study. *BMC Research Notes*, 2 (4).
- Polder, J.J., Takken, J., Meerding, W.J., Kommer, G.J., Stokx, L.J. (2002). *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld*. Bilthoven: RIVM.
- Rapee, R.M. (1995). *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Reed, V., Wittchen, H.-U. (1998). DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks? *Journal of Psychiatric Research*, 32(6): 335-345.
- Salvador-Carulla, L. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl. 27): 23-28.
- Scholing, A., Oosterhof, M. (2001). Anststoornissen bij kinderen en adolescenten. In: A.L.M.Balkom, P.van Oppen, R.Van Dyck (red.). *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*, p. 146-170. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M., & Papp, L.A. (1997). Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.

- Shear, M.K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Houck, P., & Wang, T. (2001). Reliability and validity of Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research, 35*, 293-296.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., De Graaf, R., Beekman, A. (2005). *Costs of common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry*. Submitted.
- Smit, F., Willemse, G., Meulenbeek, P., Balkom, A van, Spinhoven, P., Cuijpers, P. (2007). Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Eindverslag ZonMw project 'Preventie van paniekstoornis: een randomised clinical trail annex kosteneffectiviteitsstudie*. Den Haag: ZonMw.
- Sterk, F., & Swaen, S (2001). *Leven met een paniekstoornis*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stewart AL, Hays RD, Ware JE: The MOS Short-form General Health Survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care* 1988, 26:724-735.
- Story, T.J., Zucker, B.G., Craske, M.G. (2004). Secondary prevention of anxiety disorders. In: Dozois, J.A., Dobson K.S. (Eds.). *The prevention of anxiety and depression. Theory, research, and practice, 131-160*. Washington: American Psychological Association.
- Swinson, R.P., Soulios C., Cox, B.J., Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 149*, 944-946.
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder*. New York: Wiley.
- Van den Hout, M.A., Van der Molen, G.M., Griez, E.J., Lousberg, H. (1987). Specificity of interoceptive fear to panic disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9*(1): 99-106.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry, 55*(9): 771-778.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Oakley-Browne, M.A., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U., Yeh, E.K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*(4): 305-309.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C.B., Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 28*(1): 109-126.
- Wittchen, H.U., Beesdo, K., Bittner, A., Goodwin, R.D. (2003). Depressive episodes: evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry, 18*(8): 384-393.
- World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview - Core version 2.1*. Geneva: Author.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 67*, 361-370.

