

Onderwerp:	Oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen als onderdeel van psychosomatische fysiotherapie, is geen te verzekeren prestatie
Samenvatting:	Oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen - als onderdeel van psychosomatische fysiotherapie - is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 2.1 tweede lid van het Besluit zorgverzekering. Oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen - als onderdeel van psychosomatische fysiotherapie - behoort daarmee niet tot de te verzekeren zorg binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	17 november 2008

Onderstaand de volledige uitspraak.

Samenvatting

Op grond van de huidige beschikbare wetenschappelijke literatuur is de conclusie dat psychosomatische fysiotherapie, bij angststoornissen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is zoals bedoeld in artikel 2.1 tweede lid Besluit zorgverzekering (Bzv).

Oefen- en ontspanningstherapie als onderdeel van de psychosomatische fysiotherapie bij angststoornissen behoort daarmee niet tot de te verzekeren prestaties binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1. Oefen- en ontspanningstherapie bij Angststoornissen

Vraagstelling

Aan de orde is de vraag of oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen, als onderdeel van de psychosomatische fysiotherapie, als afzonderlijke prestatie, tot de te verzekeren prestaties behoort.

Wat vooraf ging

In december 2006 heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat psychosomatische fysiotherapie en oefentherapie niet tot de te verzekeren prestaties behoren.

Het CVZ beoordeelde de steeds meerdere studies naar diverse indicaties en behandelvormen van psychosomatische fysiotherapie. De conclusie van deze beoordeling luidde dat psychosomatische fysiotherapie in zijn algemeenheid niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Oefen- en ontspanningstherapie als onderdeel van de psychosomatische fysiotherapie was op dat moment niet apart beoordeeld als specifieke therapie bij de indicatie (gegeneraliseerde) angststoornis.

Naar aanleiding van diverse vragen over dit onderwerp heeft het CVZ besloten om deze vraag over een specifieke vorm van psychosomatische fysiotherapeutische interventie alsnog apart te beoordelen.

Aspecten bij de beoordeling

Bij de beoordeling zijn de volgende aspecten in aanmerking genomen: de aandoening waarbij deze therapie geïndiceerd is, de CBO richtlijn voor het desbetreffende indicatiegebied, de categorieën van interventies die hiervoor in aanmerking komen en tenslotte de domeinomschrijving en het beroepscompetentieprofiel van de Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP).

Angststoornissen

Zowel de DSM-IV als de ICD-10 kenmerken een angststoornis door het optreden van bovenmatige angstige reacties in afwezigheid van gevaar of in het geval dat de mate van angst niet in verhouding staat tot de mate van reëel gevaar.

De volgende categorieën van angststoornissen zijn te onderscheiden: paniekstoornis (met en zonder agorafobie), sociale fobie, specifieke fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische angststoornis.

Volgens de richtlijn Angststoornissen (multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, CBO, 2003) hebben angststoornissen een grote impact op het functioneren van de patiënt en de personen in zijn of haar directe omgeving.

Richtlijn angststoornissen CBO

Bij de behandeling van angststoornissen worden er in de CBO richtlijn angststoornissen uit 2003 verschillende categorieën van interventies onderscheiden.

Dit zijn farmacotherapie, psychologische- en psychotherapeutische interventies en ondersteunende interventies.

Farmacotherapie en psychologische-/ psychotherapeutische interventies zijn primair gericht op het terugdringen van de angststoornis. Deze therapieën kunnen bovendien een verschillende inhoud hebben afhankelijk van de gedragsstoornis die hiermee behandeld wordt.

Ondersteunende interventies

Voor de ondersteunende interventies geldt dat deze primair gericht zijn op het verminderen van individuele beperkingen en participatieproblemen in het maatschappelijke leven alsmede op het verminderen van belemmerende factoren die een katalyserende functie hebben voor de psychologische en farmacologische behandelstappen. Deze interventies zijn veelal generiek en niet specifiek op een bepaalde angststoornis gericht.

Ondersteunende interventies worden doorgaans uitgevoerd door verschillende professionals, zoals door maatschappelijk

werkers, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, sociaal-pedagogisch hulpverleners en vaktherapeuten.

Het CBO heeft er bewust voor gekozen om bovengenoemde typen van interventies te onderscheiden los van de vraag welke professional een bepaalde interventie op grond van de wet BIG mag en kan uitvoeren. Dit sluit aan bij de functiegerichte omschrijving die de Zvw hanteert. In de paragraaf wet- en regelgeving van deze duiding wordt de functiegerichte omschrijving nader toegeelicht.

***Domein NFP
en beroeps-
competentieprofiel***

Oefen- en ontspanningstherapie wordt binnen de psychosomatische fysiotherapie veel gebruikt bij de behandeling van (gegeneraliseerde) angststoornissen.

In de domeinomschrijving en het beroepscompetentieprofiel van de Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (zie bijlage 3) is de indeling van cliënten op vier niveaus.

De categorie matig- en zwaar gecompliceerd behoren vooral tot het domein van de psychosomatische fysiotherapeut. Bij de categorie *matig en zwaar gecompliceerd* is er sprake van een klacht betreffende het bewegend functioneren.

De psychosomatische fysiotherapeut maakt gebruik van specifieke interventies om deze cliëntgroep te behandelen. Gedragmatige interventies, adem- en ontspanningsmethodieken, specifieke gespreksvaardigheden en methodieken gericht op lichaamsbewust worden en bewegingsexpressie, vormen belangrijke onderdelen van deze behandeling die gericht is op het verminderen van herstelbelemmerende factoren.

De behandeling van matig- en zwaar gecompliceerde klachten, zoals hierboven omschreven, heeft een sterk monodisciplinair karakter.

Bij de categorie *zwaar gecompliceerd* staat met name het adequaat omgaan van de psychosomatische fysiotherapeut met deze ernstige herstelbelemmerende factoren op de voorgrond. Om het fysiotherapeutische zorgproces gestalte te kunnen geven staat echter niet het *verminderen* van deze herstelbelemmerende factoren centraal. Daar richten andere zorgaanbieders (psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker etc) binnen de zorg zich op.

Wel kan de psychosomatische fysiotherapeut de doelen van deze gezondheidswerker ondersteunen. Door deze samenwerking heeft de behandeling een sterk multidisciplinair karakter.

2. Standpunt

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen op basis van 3 onderzoeksdocumenten. Dit betreft in eerste instantie het in 2006 ingenomen standpunt over de psychosomatische fysiotherapie als geheel. Daarnaast is de beoordeling gebaseerd op aanvullend literatuuronderzoek door het CVZ in 2008 (bijlage 2) en tenslotte op basis van de nagezonden

literatuur met bijbehorende analyses door het KNGF en de interpretatie hiervan door het CVZ (bijlage 3).

***Inhoudelijke
consultatie***

In maart 2008 legt het CVZ het standpunt tijdens de inhoudelijke consultatie voor aan het KNGF en de NFP. Van de NFP werd geen zelfstandige reactie ontvangen tijdens deze inhoudelijke consultatie van het CVZ.

Het KNGF heeft in reactie hierop een literatuuranalyse laten uitvoeren door de Universiteit van Maastricht. Zij leveren enkele studies met bijbehorende conclusie aan.

Conclusie

Het CVZ oordeelt dat Oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen, als ondersteunende interventie die onderdeel uitmaakt van de psychosomatische fysiotherapie, niet behoort tot de te verzekeren prestaties.

***Medische
achtergrond
rapportage***

Bijlage 2 bevat een medische achtergrondrapportage.

Deze laat zien welke literatuur in beschouwing is genomen. Eveneens maakt het CVZ hierin inzichtelijk hoe de exacte beoordeling tot stand is gekomen.

In bijlage 3 is de door het KNGF nagezonden literatuuranalyse van de universiteit van Maastricht nader geanalyseerd.

De inhoud hiervan is meegenomen bij de uiteindelijke standpuntbepaling.

In paragraaf 4b; onder het kopje *motivering* worden de conclusies van de analyses uit bovengenoemde bijlagen nader toegelicht.

3. Consequenties

Oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen als onderdeel van psychosomatische fysiotherapie behoort niet tot de te verzekeren prestaties binnen de kaders van de Zvw omdat deze zorg niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 2.1. tweede lid van het Bzv.

Dit heeft als gevolg dat zorgverzekeraars oefen- en ontspanningstherapie bij de indicatie angststoornis niet in hun polis als verzekerde zorg onder de dekking van de Zvw kunnen opnemen.

4. Motivering

4.a. Wet- en regelgeving

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag of oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen tot de te verzekeren prestaties behoort, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving.

Paramedische zorg Artikel 2.6, eerste lid, Bzv, bepaalt dat paramedische zorg

fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtadviesring omvat.

Artikel 2.6, tweede lid, bepaalt dat fysiotherapie en oefentherapie zorg omvat zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1, Bzv (lijst chronische fysiotherapie) aangegeven aandoeningen (zie bijlage 1) voor zover de daarbij aangegeven termijn niet overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.

Artikel 2.6, derde lid, bepaalt dat fysiotherapie voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan genoemd in het tweede lid, uit hoogstens negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar bestaat en dat dit, bij ontoereikend resultaat, verlengd kan worden met ten hoogste negen behandelingen.

Stand van de wetenschap en Praktijk

Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestaties in de wet zijn genoemd, geldt het gestelde in artikel 2.1, lid 2, Bzv. Hierin is vastgesteld dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk.

Bij het ontbreken van een zodanige maatstaf wordt dit bepaald door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

EBM

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgt het CVZ de principes van evidence-based medicine (EBM).

Op basis hiervan neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of verstrekken behandeling is. Een meer uitvoerige beschrijving van de bovengenoemde werkwijze, is te vinden in het CVZ-rapport *Beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk* (CVZ 2007, nr 254, zie ook www.cvz.nl)

Functiegerichte omschrijving

Eerder werd al aangehaald dat in de Zvw de te verzekeren prestaties functiegericht zijn omschreven.

Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en bij welke indicatie dit geleverd wordt.

'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestatie kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden.

4.b. Beoordeling (medisch en juridisch)

De interventies beschreven in de literatuuranalyse van de universiteit van Maastricht die ter aanvulling op de eerste medische beoordeling onderzocht werden (zie bijlage 2), zijn

bestudeerd in studies die veelal verschillen in opzet, kwaliteit en gerapporteerde uitkomstmaten.

De geïncludeerde patiënten in de onderzochte studies zijn meestal patiënten met een DSM 111 of DSM 111-R omschreven ziektebeeld en niet zondermeer identiek aan de groep patiënten die de psychosomatische fysiotherapeut behandelt.

Onder deze aanvullend onderzochte interventies vallen relaxation therapy, breathing retraining en bio-feedback.

Uitkomstmaat

Zoals eerder gesteld, is oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen, aangeboden door een psychosomatisch fysiotherapeut een ondersteunende interventie. In de studies die het CVZ in de medische beoordeling (zie bijlagen 2 en 3) heeft geanalyseerd wordt de effectiviteit van oefen- en ontspanningstherapie dan ook als ondersteunende interventie met die overeenkomstige uitkomstmaten beoordeeld. Een ondersteunende interventie blijkt in de onderzochte literatuur echter niet een eenduidig begrip. Zo blijkt een ondersteunende interventie in diverse studies een aanvulling te zijn op een primaire psychologische- of psychotherapeutische behandeling, zoals bijvoorbeeld op een primaire behandeling bestaande uit Cognitieve Gedrags Therapie (CGT). De uitkomst is in deze gevallen hoofdzakelijk gericht op het terugdringen/ verbeteren van de angststoornis. De betekenis van ondersteunende behandeling in de psychosomatische fysiotherapie komt overeen met de betekenis die het CBO geeft aan een ondersteunende behandeling. De relevante uitkomstmaten en beoogde resultaten zijn anders. Uit het bovenstaande concludeert het CVZ dat ondersteunende/aanvullende behandelingen *binnen een primaire psychotherapeutische behandelsetting* niet gelijk zijn aan oefen- en ontspanningstherapie zoals gegeven door een psychosomatisch fysiotherapeut. Om de effectiviteit van de ondersteunende interventie oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen binnen de psychosomatisch fysiotherapeutische behandeling te kunnen onderzoeken, zijn andere studies benodigd. Het betreft dan studies waarvan de uitkomstmaat het verminderen van herstelbelemmerende factoren bij angststoornissen is. Het betreft echter niet studies waarbij de uitkomstmaat zich richt op genezing of vermindering van de angststoornis zelf. Deze uitkomstmaat is namelijk niet voorbehouden aan oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen die alleen als ondersteuning bedoeld is.

Kwaliteit

De inhoudelijke beoordeling van de onderzochte studies, met de hieraan toegekende kwaliteit, zijn nader toegelicht in de medische achtergrondrapportage (bijlage 2). De studies zijn van onvoldoende kwaliteit om een conclusie op te baseren dat oefen- en ontspanningstherapie bij behandeling van angststoornissen voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Bij de huidige beoordeling en bestudering van de literatuur

Opzet blijkt duidelijk dat de afbakening op het gebied van de psychosomatische fysiotherapie ten aanzien van domein, patiëntenpopulatie, indicatiegebied, en diversiteit van behandeling niet helder is.

5. Auteur

Auteur Mevrouw drs. A.E.R.M. Speijer

Datum 17 november 2008

6. Bijlagen

- 1 Beroepscompetentie profiel NFP
- 2 Medische achtergrondrapportage CVZ
- 3 Aanvullende medische beoordeling

7. Literatuurlijst

- 1 [Conrad](#) A and Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? J Anxiety Disord 2007; 21(3): 243-64.
- 2 Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, et al. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. J Psychosom Res 2007; 62(2): 189-95.
- 3 [Milrod](#) B, Leon AC, Busch F, et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. Am J Psychiatry 2007; 164(2): 265-72.
- 4 Arias AJ, Steinberg K, Banga A, et al. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. J Altern Complement Med 2006; 12(8): 817-32.
- 5 Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2006; 74(3): 568-78.
- 6 Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, et al. Meditation therapy for anxiety disorders. Cochrane Database Syst Rev 2006; (1): CD004998.
- 7 Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, et al. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3, CD004691.
- 8 Peluso MAM and Guerra de Andrade LHS. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. Clinics 2005; 60(1): 61-70.
- 9 Broman-Fulks JJ, Berman ME, Rabian BA, et al. Effects of

- aerobic exercise on anxiety sensitivity. Behav Res Ther 2004; 42(2): 125-36.
- 10 Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. Clin Psychol Rev 2004; 24(7): 883-908.
- 11 Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2003; 41(6): 633-46.
- 12 Kohli A, Varma VK, Nehra R. Comparison of efficacy of psychorelaxation and pharmacotherapy in Generalized Anxiety Disorder. Journal of Personality and Clinical Studies 2000; (1) Mar 2000, 43 488.)
- 13 Meyer T and Brooks A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guidelines for exercise testing and prescription. Sports Med 2000; 30(4): 269-79.
- 14 Ost LG and Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2000; 38(8): 777-90.
- 15 Goisman RM, Warshaw MG, Keller MB. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. Am J Psychiatry 1999; 156(11): 1819-21.
- 16 Autogenes Training - Qualitative Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien und Beziehungen zur Naturheilkunde. Forsch Komplementarmed 1998; 5(5): 211-23.
- 17 Andreoli A, Casolari L, Rigatelli M. Expressive relaxation training and anxiety disorders. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1995; (4) Oct Dec 1995, 123 1299.):
- 18 Cercos A, Vallverdu R, Urbieto Solana R, et al. [Relaxation therapy in patients with anxiety and somatoform disorders in primary care]
Tratamiento de relajacion en pacientes con trastornos de ansiedad y somatoformes en atencion primaria. Aten Primaria 1995; 15(8): 499-504.
- 19 Ost LG and Westling BE. Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. Behav Res Ther 1995; 33(2): 145-58.
- 20 Beck JG, Stanley MA, Baldwin LE, et al. Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. J Consult Clin Psychol 1994; 62(4): 818-26.
- 21 Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 1994; 164(6): 759-69.
- 22 Gagne D and Toye RC. The effects of therapeutic touch and relaxation therapy in reducing anxiety. Arch Psychiatr Nurs 1994; 8(3): 184-9.

- 23 Rickard HC, Scogin F, Keith S. A one-year follow-up of relaxation training for elders with subjective anxiety. *Gerontologist* 1994; (1) Feb 1994, 121-122.):
- 24 Borkovec TD and Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61(4): 611-9.
- 25 Ost LG, Westling BE, Hellstrom K. Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1993; 31(4): 383-94.
- 26 Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149(7): 936-43.
- 27 [Petruzzello](#) SJ, Landers DM, Hatfield BD, et al. A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. *Sports Med* 1991; 11(3): 143-82.
- 28 Deberry S, Davis S, Reinhard KE. A comparison of meditation-relaxation and cognitive/behavioral techniques for reducing anxiety and depression in a geriatric population. *J Geriatr Psychiatry* 1989; 22(2): 231-47.
- 29 Ost LG. Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 1988; 26(1): 13-22.
- 30 Tarrier N and Main CJ. Applied relaxation training for generalised anxiety and panic attacks: the efficacy of a learnt coping strategy on subjective reports. *Br J Psychiatry* 1986; 149, 330-6.
- 31 [Siev](#) J and Chambless DL. Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(4): 513-22.
de Araujo SRC, de Mello MT, Leite JR. [Anxiety disorders and physical exercise]
Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(2): 164-71.
- 32 Lambert RA, Harvey I, Poland F. A pragmatic, unblinded randomised controlled trial comparing an occupational therapy-led lifestyle approach and routine GP care for panic disorder treatment in primary care. *J Affect Disord* 2007; 99(1-3): 63-71.
- 33 [Strohle](#) A, Feller C, Onken M, et al. The acute antipanic activity of aerobic exercise. *Am J Psychiatry* 2005; 162(12): 2376-8.
- 34 [Jorm](#) AF, Christensen H, Griffiths KM, et al. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Med J Aust* 2004; 181(7 Suppl): S29-S46.
- 35 Struzik L, Vermani M, Cooney-Femiano A, et al. Treatments for generalized anxiety disorder. *Expert Rev Neurother* 2004; 4(2): 285-94.

- 36 Gorman JM. Treating generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2003; 64 Suppl 2, 24-9.
- 37 Dratcu L. Physical exercise: an adjunctive treatment for panic disorder? Eur Psychiatry 2001; 16(6): 372-4.
- 38 Martinsen EW. [Physical activity for mental health]Fysisk aktivitet for sinnets helse. Tidsskr Nor Laegeforen 2000; 120(25): 3054-6.
- 39 Paluska SA and Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. Sports Med 2000; 29(3): 167-80.
- 40 [Fisher](#) PL and Durham RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. Psychol Med 1999; 29(6): 1425-34.
- 41 [Broocks](#) A, Bandelow B, Pekrun G, et al. Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. Am J Psychiatry 1998; 155(5): 603-9.
- 42 Broocks A, Meyer TF, Bandelow B, et al. Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder. Neuropsychobiology 1997; 36(4): 182-7.
- 43 Rief W and Hermanutz M. Responses to activation and rest in patients with panic disorder and major depression. Br J Clin Psychol 1996; 35 (Pt 4), 605-16.
- 44 Juster HR and Heimberg RG. Social phobia. Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. Psychiatr Clin North Am 1995; 18(4): 821-42.
- 45 Ost LG and Westling BE. Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. Behav Res Ther 1995; 33(2): 145-58.
- 46 Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 1994; 164(6): 759-69.
- 47 McDaniel WW. Panic disorder and exercise. Am J Psychiatry 1988; 145(2): 269.
- 48 Ost LG. Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. Behav Res Ther 1988; 26(1): 13-22.
- 49 Hales RE and Travis TW. Exercise as a treatment option for anxiety and depressive disorders. Mil Med 1987; 152(6): 299-302.
- 50 Gaul-Alacova P, Boucek J, Stejskal P, et al. Assessment of the influence of exercise on heart rate variability in anxiety patients. Neuro Endocrinol Lett 2005; 26(6): 713-8.
- 51 Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. Psychother Psychosom 2005; 74(2): 108-12.

- 52 Shipherd JC, Beck JG, Hamblen JL, et al. A preliminary examination of treatment for posttraumatic stress disorder in chronic pain patients: a case study. *J Trauma Stress* 2003; 16(5): 451-7.
- 53 Dai Y, Zhang S, Yamamoto J, et al. Cognitive behavioral therapy of minor depressive symptoms in elderly Chinese Americans: a pilot study. *Community Ment Health J* 1999; 35(6): 537-42.
- 54 Goisman RM, Warshaw MG, Keller MB. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1819-21.
- 55 Wellisch DK, Hoffman A, Goldman S, et al. Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1644-5.
- 56 Sharma VK, Borys B, Narkiewicz K, et al. [The influence of 5-week relaxation therapy on psychological state of patients with borderline hypertension]
Ocena wpływu 5-tygodniowej terapii relaksacyjnej na stan psychiczny chorych na nadciśnienie tętnicze graniczne. *Pol Merkur Lekarski* 1998; 4(24): 323-5.
- 57 Goisman RM, Rogers MP, Steketee GS, et al. Utilization of behavioral methods in a multicenter anxiety disorders study. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(6): 213-8.
- 58 Barlow DH. Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin* 1992; 56(2 Suppl A): A14-A28.
- 59 Tarrier N and Main CJ. Applied relaxation training for generalised anxiety and panic attacks: the efficacy of a learnt coping strategy on subjective reports. *Br J Psychiatry* 1986; 149, 330-6.