



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

notities uit de wetenschap

De behandeling van angstpatiënten met comorbiditeit: meer van hetzelfde of van alles wat?

Michelle Craske, Todd Farchione, Laura Allen, Velma Barrios, Milena Stoyanova en Raphael Rose (2007). *Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more?*

Agnes van Minnen

Het probleem

Voor de meest voorkomende psychische stoornissen, zoals angststoornissen, zijn inmiddels richtlijnen voor behandeling vastgesteld (Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, 2003). Bij een paniekstoornis bijvoorbeeld is een cognitieve gedragstherapie de eerst aangewezen psychologische interventie. Zo ook bij de andere angststoornissen. Maar wat nu te doen als een patiënt meer dan één angststoornis heeft? Gegeven het feit dat in geval van angststoornissen comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is, is dit een klinisch zeer relevante vraag (Michael, Zetsche, & Margraf, 2007). De comorbiditeit betreft meestal een andere angststoornis of een stemmingsstoornis. De richtlijn geeft voor de behandeling van een angststoornis in geval van comorbiditeit geen afdoende handvatten. Dat bij een ernstige comorbide depressie (ook) farmacologisch moet worden behandeld, is de enige duidelijke richtlijn.

In de praktijk zal de therapeut de primaire stoornis proberen vast te stellen en die behandelen volgens de richtlijn. Maar hoogstwaarschijnlijk zal de behandeling ook worden afgestemd op de patiënt, en zal er naast deze protocollaire behandeling aandacht worden geschonken aan comorbide problemen. Zo zal men misschien aandacht schenken aan de dagstructuur in geval van een comorbide depressie

PROF. DR. A. VAN MINNEN is werkzaam op de Angstpolikliniek van GGz Nijmegen en de sectie klinische psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen. E-mail: avminnen@ggz nijmegen.nl.

of aan manieren hoe men zich kan voorbereiden op de verjaardag van een tante in geval van een comorbide sociale angststoornis. Is zo'n multifocale aanpak effectief? Of kan beter men zich beter uitsluitend richten op de behandeling van de primaire stoornis?

Het onderzoek

Craske en collega's (2007) onderzochten de meest effectieve strategie voor het behandelen van comorbide klachten bij een primaire paniekstoornis (met of zonder agorafobie). Deelnemers moesten ten minste één andere angst- of stemmingsstoornis hebben om geïncordeerd te worden. Gemiddeld had men twee comorbide diagnoses, waaronder gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, enkelvoudige fobie, hypochondrie, obsessief-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, depressie en/of dysthymie.

Alle patiënten kregen gedurende 12 weken wekelijks een groepsbijeenkomst van 1,5 tot 2 uur, waarin een geprotocolleerd behandelprogramma gericht op de paniekstoornis werd uitgevoerd. Tegelijkertijd kregen ze daarnaast elke twee weken een individuele behandelsessie. In de ene conditie ($n = 33$) was de individuele behandeling ook uitsluitend gericht op de paniekstoornis, en borduurde voort op de groepsbehandeling. Deze patiënten kregen dus een behandeling die volledig gericht was op de paniekstoornis en niet op de comorbide klachten. Meer van hetzelfde.

In de andere conditie ($n = 32$) daarentegen was de individuele behandeling gericht op de ernstigste comorbide stoornis. Deze individuele behandeling werd eveneens protocollair uitgevoerd. Deze patiënten kregen dus een groepsbehandeling die gericht was op de primaire stoornis, de paniekstoornis, en tegelijkertijd individuele sessies gericht op de comorbide klachten. Van alles wat.

De resultaten

De resultaten met betrekking tot de paniekstoornis waren in beide groepen goed, maar in de groep waarin de behandeling alleen gericht was op de paniekstoornis, waren de effecten in sommige opzichten (bijvoorbeeld het aantal paniekaanvallen) beter. Wat opvallender is, is dat de mate van verbetering van de ernstigste comorbide stoornis in deze groep ook beter was. Dit ondanks het feit dat er gedurende zowel de groepsbehandeling als de individuele behandeling in deze groep geen expliciete aandacht was voor de behandeling van de comorbide klachten.

Klinische implicaties

Deze studie impliceert dat het in geval van comorbiditeit beter is om de focus exclusief te richten op het intensief behandelen van de primaire stoornis. Een dergelijke gerichte behandeling heeft niet alleen een gunstige invloed op de klachtenreductie van deze primaire stoornis, maar ook op die van de comorbide klachten. Een behandelstrategie die breder inzet, en waarbij naast de behandeling van de primaire stoornis ook aandacht wordt geschonken aan de comorbide stoornis, is minder effectief gebleken.

Er komt steeds meer aandacht voor het probleem van comorbiditeit, en veel onderzoeken wijzen in dezelfde richting: de symptomen van comorbide stoornissen verminderen als de klachten van de primaire stoornis afnemen, óók (of juist) als je er in de behandeling geen expliciete aandacht aan schenkt. De verklaringen hiervoor zijn divers: je zou kunnen zeggen dat het diagnostisch systeem dat nu gehanteerd wordt (DSM-IV), ervoor zorgt dat de comorbiditeit wordt overschat. Anderen zoeken de verklaring in de idee dat er onder de verschillende angst- en stemmingsstoornissen eenzelfde probleem schuilt, bijvoorbeeld vermijding van (heftige) emoties (zie bijvoorbeeld Moses & Barlow, 2006). Behandel je het één, dan verandert het andere ook. Een meer praktische verklaring zou kunnen zijn dat je door te focussen de behandeling grondiger uitvoert, terwijl je bij het spreiden van de aandacht over stoornissen slechts delen van de behandeling kunt uitvoeren. Beter één ding goed, dan twee dingen half.

Uiteraard is meer onderzoek nodig op dit belangrijke terrein. Toch is de boodschap van dit artikel mijns inziens interessant en klinisch relevant: in geval van comorbiditeit zou het beter kunnen zijn de behandelingsfocus op één stoornis te richten in plaats van op meerdere stoornissen tegelijkertijd.

Referenties

- Craske, M.G., Farchione, T.J., Allen, L.B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095-1109.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2003). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, 136-142.
- Moses, E.B. & Barlow, D.H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146-150.