



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

Cognitieve gedragstherapie voor de gegeneraliseerde angststoornis: een literatuuroverzicht en een gevalbeschrijving

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een werkzame behandeling voor de gegeneraliseerde angststoornis (GAS). Er bestaat echter niet één CGT voor GAS; er zijn verscheidene cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's. Welke set van interventies kan een behandelaar zijn cliënten met GAS het beste aanbieden? In dit artikel wordt de zoektocht van Paul, een gz-psycholoog in opleiding, naar de best mogelijke behandeling beschreven. Daarbij komen eerst 'klassieke' cognitief-gedragstherapeutische interventies aan bod, en vervolgens recent ontwikkelde moderne strategieën voor GAS. De behandel mogelijkheden worden geïllustreerd met behulp van een casus, Gabriëlle.

INTRODUCTIE: DE KLACHTEN VAN GABRIËLLE

Paul is gezondheidszorgpsycholoog in opleiding. In dat kader is hij recent op een afdeling Angststoornissen van een tweedelijns ggz-instelling gaan werken. Op zijn spreekuur verschijnt Gabriëlle, een 48-jarige, getrouwde vrouw die door haar huisarts is verwezen vanwege aanhoudend gepieker over van alles en nog wat. Momenteel piekert ze over het aanstaande huwelijk van haar zoon, en alles wat daarbij mis kan gaan. Het huwelijk zal voltrokken worden in het buitenland, en daarom is Gabriëlle's eerste zorg dat ze het vliegtuig zal missen. Of dat ze zoveel vertraging zal hebben dat ze te laat zal komen. Deze angstige gedachten spoken voortdurend door haar hoofd, waardoor ze nerveus en gespannen is. Het lukt haar niet de zorgen te negeren of te stoppen. Ook pogingen de zorgelijke gedachten te relativiseren helpen niet. Want mocht ze op tijd komen, dan zou het wel eens kunnen dat de ambtenaar van de burgerlijke stand te laat komt, of niet komt opdagen. Of dat haar zoon of zijn aanstaande zich plots ter plekke bedenkt, en 'nee' zegt als de ambtenaar het stel in de echt wil verbinden. Allemaal zaken waar Gabriëlle niet aan moet denken, maar die wel voortdurend in haar hoofd opkomen. En zelfs als ze bedenkt dat de kans misschien wel het

grootst is dat alles goed zal gaan tijdens de plechtigheid, dan begint ze te piekeren of het huwelijk vervolgens wel stand zal houden. En als dat niet zo is, hoe naar dat dan zal zijn voor eventuele kinderen die haar zoon en schoondochter dan wellicht hebben. En hoe het dan met hen verder moet... En, zo vertelt Gabriëlle, als het huwelijk achter de rug is, komt er wel weer iets nieuws om zich zorgen over te maken. Zo gaat het eigenlijk al zo lang ze zich kan herinneren. Ze omschrijft zichzelf dan ook als 'een zorgelijk type, dat overal een probleem in ziet'. Voor een verjaardag ligt ze wakker of ze wel genoeg in huis zal hebben en of iedereen het wel naar zijn zin zal hebben. En als dat niet het geval is, wat de mensen dan wel van haar zullen denken. Als haar man naar zijn werk gaat, is ze bang dat hem iets zal overkomen. Ze belt hem dan op zijn werk om te controleren of hij veilig aangekomen is. Dat geeft geruststelling, tot een volgend onderwerp om over te piekeren zich aandient. En zo gaat het maar door, met als gevolg dat ze zich voortdurend nerveus en angstig voelt, en moeite heeft om in te slapen, waardoor ze erg moe en prikkelbaar is. Dat leidt weer tot nieuwe zorgen ('als ik hem zo blijf afsnauwen, gaat mijn man nog bij me weg'). Ze kan nauwelijks nog ontspannen of van dingen genieten. Ze is eerder medicamenteus behandeld, eerst met een SSRI (paroxetine) en vervolgens met een SNRI (venlafaxine) en buspiron. Elk middel gaf hooguit tijdelijk verlichting van de klachten, vandaar dat ze nu een voorkeur voor een psychologische behandeling heeft.

EEN ZOEKTOCHT NAAR BEHANDELMOGELIJKHEDEN VOOR GAS

Paul stelt vast dat Gabriëlle voldoet aan de diagnostische criteria van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS), een veelvoorkomende, chronische en invaliderende stoornis die gekenmerkt wordt door overmatige angst en aanhoudend, onbeheersbaar piekeren (gedefinieerd als een toekomstgerichte en negatieve manier van denken). De diagnose wordt bevestigd in een tweede intakegesprek door een ervaren collega, waarna Gabriëlle voor behandeling wordt ingedeeld bij Paul. Omdat hij nog weinig ervaring met de behandeling van deze stoornis heeft, verdiept Paul zich op advies van zijn werkbegeleider in de vakliteratuur over de behandeling van GAS. Hij ontdekt al snel dat CGT wordt beschouwd als de psychologische behandeling van eerste keuze voor GAS (Hunot, Churchill & Silva de Lima Teixeira, 2007), zoals ook geadviseerd wordt in de *Multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen* (LSMR, 2005). Het wordt hem echter ook duidelijk dat er niet 'één CGT voor GAS' bestaat, maar dat er verscheidene vormen van CGT voor GAS zijn ontwikkeld. De vraag blijft dan ook welke interventies hij nu aan Gabriëlle moet aanbie-

den om de kans dat de therapie slaagt zo groot mogelijk te maken. Bovendien maakt zijn literatuuronderzoek Paul duidelijk dat CGT weliswaar een werkzame behandeling is voor GAS, maar dat de effectiviteit in de zin van klinisch relevante verbetering maar matig is. Uit verschillende reviews is gebleken dat maar ongeveer de helft van de cliënten na afloop op relevante uitkomstmaten binnen de range van een 'normale' populatie valt (Fisher, 2006; Hunot et al., 2007). Om de werkzaamheid van CGT voor GAS te verhogen zijn de laatste jaren verschillende nieuwe behandelingsstrategieën ontwikkeld, gebaseerd op specifieke theoretische modellen van GAS, zo ontdekt Paul. Mocht de 'klassieke' CGT bij Gabriëlle onvoldoende resultaat opleveren, dan zijn er nog verschillende andere opties om de klachten verder te behandelen. Ook daarbij is de vraag welke optie dan het beste geprobeerd kan worden. In het navolgende worden de resultaten van Pauls literatuuronderzoek beschreven, en wordt toegelicht welke interventies zijn opgenomen in de behandeling van Gabriëlle.

KLASSIEKE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE VOOR GAS

Voor GAS zijn verschillende cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's ontwikkeld en onderzocht. De meeste benaderingen delen het uitgangspunt dat cognitieve processen van invloed zijn op de denk-, gedrags-, en gevoelspatronen die ten grondslag liggen aan GAS. Behandeling dient dan ook gericht te zijn op het veranderen van verstoringen in het denken en het aanleren van copingstrategieën die disfunctionele strategieën als piekeren kunnen vervangen. Doelen zijn cliënten te leren rationeler te denken en zich op een meer aangepaste en functionele manier te gedragen, en stressklachten te verlichten. Hoewel er specifieke interventies bestaan gebaseerd op bepaalde theoretische modellen voor GAS, delen de meeste CGT-behandelprogramma's verschillende 'essentiële' componenten, die in tabel 1 zijn weergegeven en hierna worden beschreven.

TABEL 1
Essentiële componenten van klassieke CGT voor GAS

- Psycho-educatie	- Cognitieve herstructureringstechnieken
- Zelfregistratie	- Piekerexposure
- Stimuluscontrole-interventies	- Preventie van 'piekergedrag'
- Relaxatietechnieken	- Probleemoplossingstraining
- Zelfcontrole desensitisatie	

¶ Psycho-educatie

Als eerste stap in de behandeling wordt uitgelegd dat piekeren en angst in de loop van de tijd overmatig veel en onbeheersbaar zijn geworden, gepaard gaan met fysieke symptomen, en het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Vervolgens wordt de rationale van CGT uitgelegd, waarbij de relaties tussen gedachten (zorgen), gedrag en gevoelens worden toegelicht. Hierbij wordt uitgelegd dat GAS niet alleen samenhangt met rigiditeit en disfuncties in cognities, maar ook in affect, gedrag en fysiologie (Erickson & Newman, 2005). Negatieve, zichzelf versterkende interacties tussen deze domeinen worden beschouwd als verantwoordelijk voor het ontstaan en de instandhouding van GAS. Piekeren kan bijvoorbeeld leiden tot symptomen van angst (zoals hartkloppingen), die zorgelijke gedachten (zoals 'wat als ik niet kan stoppen met piekeren, dan krijg ik straks nog een hartaanval') en angst oproepen, die cliënten proberen onder controle te krijgen door onproductieve mentale (bijvoorbeeld pogingen gedachten te onderdrukken) of gedragsstrategieën (bijvoorbeeld geruststelling zoeken). Afgesloten wordt met het geven van uitleg over zowel procedurele (bijvoorbeeld frequentie) als inhoudelijke aspecten (bijvoorbeeld specifieke interventies) van de behandeling.

Psycho-educatie kan verschillende doelen dienen. Het kan opluchting geven ('ik ben niet de enige met deze klachten'), de klachten normaliseren ('piekeren is dus niet abnormaal, maar gewoon een verergering van iets wat heel veel mensen wel eens doen'), de motivatie voor behandeling vergroten ('er kan wat aan mijn klachten gedaan worden, want er bestaat een bewezen effectieve behandeling'), en therapietrouw bevorderen door een realistisch beeld van de behandeling en werkwijze te schetsen ('ik moet dus huiswerk doen om te leren hoe ik met mijn gepieker moet omgaan').

¶ Zelfregistraties

Met behulp van dagboekregistraties houden cliënten bij wanneer en waar ze gepiekerd hebben, welke gebeurtenissen aanleiding gaven tot piekeren, hoeveel angst ze voelden en welke symptomen van angst optraden, en de onderwerpen waarover ze gepiekerd hebben. Daardoor leren cliënten zowel uitlokkers als vroege signalen van piekeren te herkennen, zodat ze later beter in staat zijn om nieuwe, meer functionele copingstrategieën toe te passen zodra het piekeren begint (Erickson & Newman, 2005; Lang, 2004). Bovendien leiden zelfregistratie-opdrachten op zichzelf al vaak tot een afname van angst (Borkovec, 2006).

¶ Stimuluscontrole-interventies

Stimuluscontrole-interventies zijn gebaseerd op het idee dat de verschillende contexten waarin GAS-cliënten hebben leren piekeren, op zichzelf uitlokkers van piekerperiodes zijn geworden. Omdat piekeren (opgevat als intern, vrijwillig, operant gedrag) op elk moment en op elke plaats kan voorkomen, is de kans groot dat het gepieker met veel verschillende, zowel interne als externe, stimuli geassocieerd is geraakt. Om het piekeren te verminderen wordt in het begin van de behandeling geprobeerd het aantal stimuli dat tot piekeren kan leiden, te beperken (Lang, 2004). Dit kan gedaan worden door dagelijks vaste piekerperiodes in te plannen, waarbij cliënten gevraagd wordt het gepieker zodra het begint uit te stellen tot het vastgestelde 'pieker(half)uur' op een afgesproken 'piekerplek' later op de dag. Daardoor worden associaties tussen angstproeppende contexten en piekeren verminderd.

¶ Relaxatietechnieken

Relaxatietechnieken hebben tot doel de lichamelijke spanningsklachten die samenhangen met beangstigend gepieker te reduceren, en de aandachtsfocus te verbreden, waardoor cliënten mogelijk meer openstaan om ook andere alternatieven in een zorgelijke situatie te overwegen. Er bestaan diverse relaxatietechnieken, maar voor GAS is alleen toegepaste relaxatie (Öst, 1987) effectief gebleken, zelfs als *stand alone* behandeling, zonder toevoeging van andere cognitief-gedragstherapeutische technieken (Arntz, 2003; Öst & Breitholtz, 2000). Nog opvallender is wellicht dat deze vorm van relaxatie niet alleen effect bleek te hebben op de lichamelijke spannings- en angstklachten van GAS, maar ook op het piekeren waarop de interventie niet direct gericht is.

¶ Zelfcontrole desensitisatie

Zelfcontrole desensitisatie is een imaginaire techniek waarbij cliënten zichzelf eerst met behulp van een relaxatietechniek in ontspannen toestand brengen, om vervolgens in gedachten te oefenen met het toepassen van functionele manieren om met stimuli om te gaan die gewoonlijk angst en piekeren oproepen (Goldfried, 1971).

¶ Cognitieve herstructureringstechnieken

Cognitieve herstructureringstechnieken zijn gericht op de verstoorde cognitieve processen die bij GAS een rol spelen, zoals de aanhoudende waarneming van dreiging, de frequente voorspellingen van catastrofes, en het zichzelf versterkende gepieker. De interventies hebben tot doel cliënten te helpen hun zorgelijke denkpaatruon te veranderen in een meer aangepaste en functionele denkstijl (Lang, 2004). Met behulp van socratische dialogen worden

cliënten op een niet-confronterende manier uitgenodigd op een andere manier over hun zorgen en angsten na te denken, met het doel hen te doen inzien dat alternatieve interpretaties en gevoelens beter passen bij de situaties waarover ze zich zorgen maakten. De validiteit van zowel de oorspronkelijke negatieve gedachte als van de nieuwe, alternatieve opvatting kan vervolgens getest worden met behulp van gedragsexperimenten, waardoor cliënten in de praktijk van alledag ervaren dat de alternatieve zienswijzen daadwerkelijk kloppen.

¶ *Piekerexposure*

Piekerexposure is een imaginaire techniek die speciaal is ontwikkeld voor de behandeling van pathologische vormen van piekeren (Craske, Barlow & O'Leary, 1992). De interventie is gebaseerd op het idee dat gepieker hoofdzakelijk abstract en verbaallinguïstisch van aard is, waardoor het voorkomt dat toegang verkregen wordt tot emotioneel geladen beelden en gedachten die onderdeel zijn van het angstnetwerk (Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991). Activatie van het gehele angstnetwerk wordt gezien als essentieel voor een adequate verwerking van beangstigende informatie. Piekerexposure-oefeningen zijn gericht op het doorbreken van deze cognitieve vermijding, door cliënten te instrueren zichzelf langdurig (ongeveer 25 minuten) in gedachten bloot te stellen aan beelden van de meest beangstigende afloop van situaties waarover gepiekerd is. Na afloop van de blootstellingfase oefenen cliënten met het bedenken van alternatieve aflopen van de zorgelijke situatie (zie Van der Heiden & Ten Broeke, 2009). Het doel van piekerexposure is tweeledig: habituatie aan het gevreesde beeld en de daarmee gepaard gaande arousal, en het veranderen van de betekenis van de situatie.

¶ *Preventie van vermijdings- en veiligheidsgedrag*

Veel cliënten met GAS vertonen onproductief, en soms zelfs contra-productief, gedrag in een poging het gepieker te beheersen. Voorbeelden van zulk gedrag zijn geruststelling vragen, vermijden van situaties die piekeren zouden kunnen uitlokken, of het overmatig veel zoeken van informatie. Helaas kunnen zulke copingstrategieën juist bijdragen aan de instandhouding van de klachten. Zo vinden cliënten die informatie zoeken met als doel te ontdekken dat er geen reden tot zorg is, vaak juist meer dingen om zich zorgen over te maken. Op vergelijkbare wijze voorkomt het vermijden van situaties die tot piekeren zouden kunnen leiden dat cliënten ontdekken dat de voorspelde catastrofes helemaal niet optreden en dat ze in staat zijn adequaat met de situatie om te gaan. De aanpak van piekergedrag is vergelijkbaar met responspreventie zoals toegepast in de behandeling van dwangklachten. Nadat cliënten hun pieker-

gedrag zorgvuldig in kaart hebben gebracht met behulp van registratieopdrachten, wordt hun gevraagd deze gedragingen niet langer toe te passen en in plaats daarvan in de behandeling geoefende nieuwe copingstrategieën toe te passen (Brown, O'Leary & Barlow, 1993).

¶ Probleemoplossingstraining

GAS-cliënten worden geconfronteerd met twee typen zorgen; zorgen over situaties die zich lenen voor probleemoplossen, en situaties die daar niet geschikt voor zijn (Dugas & Robichaud, 2007). Het eerste type betreft vaak actuele, concrete problemen, het tweede type omvat meer hypothetische of mogelijke problemen, die vaak op de verdere toekomst betrekking hebben. Waar het laatste type zorgen beter aangepakt kan worden met piekerexposure (zie Van der Heiden & Ten Broeke, 2009), kan de kans op het optreden van een actueel probleem gereduceerd worden met een probleemoplossingsstrategie. Constructief probleemoplossen kent vijf stappen (D'zurilla & Nezu, 1999; zie ook Van der Heiden, 2004): [1] definiëren van het probleem, [2] formuleren van doelen, [3] bedenken van zoveel mogelijk oplossingen voor het probleem, [4] kiezen van de toe te passen oplossing op basis van een kosten-batenanalyse van elke bedachte oplossing, en [5] uitvoeren en evalueren van de gekozen oplossing.

DE BEHANDELING VAN GABRIËLLE

Op basis van de bevindingen uit zijn literatuuronderzoek stelt Paul een behandelplan op, dat hij met zijn werkbegeleider van de afdeling bespreekt. Die kan zich hier uitstekend in vinden, waarna Paul het plan met Gabriëlle bespreekt. Ook zij is het eens met de door Paul voorgestelde behandeling. Onderstaand wordt het behandelplan puntsgewijs weergegeven. Ook wordt de uitvoering ervan toegelicht.

- ▶ Psycho-educatie over onbeheersbaar piekeren en angst, en over de te volgen behandelmethode.
- ▶ Zelfregistratie van het piekeren, waarbij Gabriëlle dagelijks op een schaal van 0 tot en met 100 een inschatting zal maken van de tijd die ze die dag heeft besteed aan piekeren. Ze zal daarbij eerst een globale inschatting maken op basis van zes categorieën: niet gepiekerd (0), minimaal (1-20), enigszins (21-40), gemiddeld (41-60), veel (61-80) en extreem (81-100). Vervolgens noteert ze welke score binnen de gekozen categorie de 'exacte piekertijd' het beste weergeeft. Paul vraagt Gabriëlle meteen na deze uitleg een

inschatting te maken van de mate waarin zij vandaag gepiekerd heeft en daarbij deze methode te gebruiken. Ze vindt dat ze veel gepiekerd heeft, wat betekent dat haar globale piekerscore tussen de 61 en 80 ligt. Maar in vergelijking met gisteren, toen ze ook veel piekerde, is het wel wat minder volgens haar. Haar 'exacte piekerscore' van vandaag is daarom 75, terwijl ze gisteren een 80 zou geven.

- ▶ Relaxatietraining, bestaande uit de volgende stappen: [1] oefenen met progressieve spierrelaxatie, [2] de ontspannen toestand koppelen aan een zelfbedachte *cue* (bijvoorbeeld een woord of getal; Gabriëlle kiest voor 'ontspan'), [3] oefenen met het oproepen van ontspanning in reactie op die *cue*, [4] oefenen met spierontspanning zonder de spieren eerst aan te spannen, en [5] toepassen van de geleerde ontspanningstechnieken de hele dag door in alledaagse situaties en vervolgens in stressvolle omstandigheden.
- ▶ Cognitieve interventies gericht op de zorgelijke gedachten. Met behulp van gedachteschema's leert Gabriëlle haar zorgelijke gedachten te onderzoeken. Ze doet dit door eerst de argumenten te noteren waardoor ze gelooft dat haar bezorgdheid juist is, en vervolgens de argumenten die laten zien dat de zorg niet (helemaal) juist is. Op basis van die argumenten leert ze geloofwaardige alternatieven voor haar zorgelijke gedachten te formuleren. Indien mogelijk worden de zorgelijke gedachten en hun alternatieven vervolgens in de vorm van gedragsexperimenten op hun geldigheid getest. Een actueel piekerthema bij aanmelding is het huwelijk van Gabriëlle's zoon. In een van haar gedachteschema's onderzoekt ze de gedachte 'het vliegtuig te zullen missen, of zoveel vertraging te hebben dat ze de huwelijksvoltrekking zal missen'. De argumenten die haar zorgelijke gedachte ondersteunen, zijn dat ze zich zou kunnen verslapen of in een file terecht zou kunnen komen waardoor ze het vliegtuig mist en dat vliegtuigen geregeld vertraging hebben. Als 'tegen'-argumenten noteert ze dat ze zich nooit verslaapt (omdat ze twee wekkers zet), dat haar echtgenoot zich ook nooit verslaapt, dat ze twee dagen voor het huwelijk al vertrekken en dus eigenlijk speling genoeg hebben, en dat als ze echt niet zou kunnen vliegen ze met de boot naar Schotland zou kunnen gaan en dan alsnog op tijd zou zijn. Op basis van deze door haar bedachte argumenten ziet ze in dat ze 'weer onnodig aan het rampdenken is'. Haar alternatieve gedachte wordt dan ook: 'Waarschijnlijk vliegen we gewoon ruim op tijd, maar zelfs als er vertraging is of het vliegtuig helemaal niet gaat, dan kunnen we met de boot binnen een dag in Schotland zijn. En dan zijn we dus ruim op tijd.' Deze gedachte schat ze als heel geloofwaardig in, en haar gevoelens van spanning en nervositeit nemen dan ook af.

- ▶ Preventie van veiligheids- en vermijdingsgedrag. Een van de meest op de voorgrond staande veiligheidsgedragingen van Gabriëlle is het vrijwel dagelijks bellen naar het werk van haar echtgenoot om na te gaan of hem onderweg niets is overkomen. Dit gedrag wordt aangepakt met responspreventieafspraken, waarbij Gabriëlle het gedrag niet langer uitvoert om te ervaren dat er ook zonder dit gedrag geen 'ramp' optreedt. Als door het niet mogen uitvoeren van het gedrag gevoelens van spanning of angst opkomen, zal ze de relaxatieoefeningen gebruiken om deze gevoelens te kanaliseren. Op dezelfde manier worden andere veiligheids- en vermijdingsgedragingen aangepakt. Een voorbeeld is het niet meer plannen van vakanties en weekendjes-weg, omdat 'ik me dan toch alleen maar zorgen loop te maken'. Als eerste stap wordt afgesproken dat Gabriëlle samen met haar echtgenoot een kort uitstapje met één overnachting gaat maken. Ook nu zal ze gevoelens van spanning met de relaxatieoefeningen bestrijden. Eventuele zorgelijke gedachten zal ze met gedachteschema's op hun juistheid onderzoeken.
- ▶ Evaluatie van de voortgang na vijftien sessies. Naast de ideeën van zowel Gabriëlle als Paul, zullen de piekerregistratie en klachtvragenlijsten gebruikt worden om na te gaan of de behandeling afgesloten, voortgezet of gewijzigd moet worden.

Uit de evaluatie na vijftien sessies blijkt dat Gabriëlle onvoldoende profiteert van de aangeboden behandeling. Ze ervoer aanvankelijk wel enige verlichting, vooral van de gevoelens van nervositeit en de lichamelijke spanningsklachten. Naar haar idee heeft ze vooral baat bij de toegepaste relaxatieoefeningen die Paul haar heeft geleerd. Zodra ze een toename van gevoelens van angst of spanning opmerkt, lukt het haar de geleerde vaardigheden toe te passen. Het denken aan het woord 'ontspan', de door haar gekozen *cue*, is dan vaak al voldoende. De cognitieve interventies, waarbij ze haar zorgelijke gedachten kritisch onderzoekt, hebben hooguit tijdelijk effect. Ze geeft aan het idee te hebben dat ze voortdurend bezig is met steeds weer een andere zorgelijke gedachte te onderzoeken. Ze merkt geen verandering in haar denkpatroon, of een afname van de frequentie van haar gepieker. Na het beschreven gedachteschema over het huwelijk van haar zoon voelde ze zich bijvoorbeeld wel even opgelucht, maar al snel kwam er weer een nieuwe zorgelijke situatie in haar gedachten. Het gepieker, en de daarmee gepaard gaande negatieve gevoelens, blijven daarmee onverminderd aanwezig. Dat ontmoedigt haar enigszins, temeer omdat de eerdere medicamenteuze behandeling ook onvoldoende effect sorteerde. De beperkte effectiviteit van de behandeling wordt ook duidelijk uit de scores op de vragenlijsten die zowel bij het begin van de behande-

ling als bij dit evaluatiemoment zijn afgenomen. Op de Penn State Worry Questionnaire (pswQ; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990), een piekervragenlijst, scoort ze bij aanvang zeer hoog, maar na vijftien sessies nog altijd hoog. Hetzelfde geldt voor haar score op een angstdispositielijst, de Zelf Beoordelings Vragenlijst (ZBV, versie 2; Van der Ploeg, 2000). Zowel Gabriëlle als Paul is van mening dat het niet zinvol is op dezelfde wijze door te gaan met de behandeling. Zijn werkbegeleider is het hier ook mee eens, en een voortgangsbespreking met het behandelteam van de afdeling levert dezelfde conclusie op. Een strategiewijziging is dus aangewezen, maar welke? Omdat Gabriëlle eerder al adequaat, maar niet succesvol medicamenteus is behandeld, lijkt dat geen goede optie. Temeer omdat Gabriëlle heeft aangegeven liever niet opnieuw een medicamenteuze behandeling te willen ondergaan. Uit de voortgangsbespreking komt dan ook de suggestie een van de meer recent voor GAS ontwikkelde CGT-behandelprogramma's aan te bieden. Vanwege goede ervaringen wordt metacognitieve therapie aangeraden. Omdat hij zelf ook een goed oordeel wil kunnen vellen over wat de beste volgende stap lijkt, verdiept Paul zich in de verschillende recent ontwikkelde behandelprogramma's, waarbij hij niet alleen wil weten wat hij precies zou moeten doen, maar ook wat er bekend is over de werkzaamheid daarvan. Zijn zoektocht levert de volgende informatie op.

MODERNE VORMEN VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE VOOR GAS

Er bestaat weinig discussie over de vraag of CGT een werkzame behandeling voor GAS is. Toch zijn de resultaten van studies naar de werkzaamheid van CGT voor GAS een goed voorbeeld van de discrepantie die kan bestaan tussen statistisch significante en klinisch relevante verandering. Want hoewel uit diverse studies duidelijk is geworden dat CGT tot grote statistisch significante verbeteringen leidt (Covin, Ouimet, Seeds & Dozois, 2008), kan maar rond de helft van de cliënten na behandeling als hersteld aangemerkt worden (Fisher, 2006; Hunot et al., 2007). Daaruit blijkt dat er dringend behoefte is aan verbetering of aanvulling van bestaande CGT behandelprogramma's. Dit zou bereikt kunnen worden door behandelingen te ontwikkelen die zijn gebaseerd op theoretische modellen van mechanismen en factoren die ten grondslag liggen aan pathologisch piekeren, het centrale kenmerk van GAS, in plaats van gebruik te maken van algemene cognitief-gedragstherapeutische interventies zoals in de meeste studies het geval was (Wells, 1995). Om die reden zijn er in de afgelopen vijftien jaar verschillende GAS-

specifieke theoretische conceptualisaties ontwikkeld, waarin vermijding van affectieve ervaringen en afwijkende cognitieve processen centraal staan. Het beperkte onderzoek naar de werkzaamheid van behandelprogramma's gebaseerd op deze innovatieve modellen van GAS heeft veelbelovende resultaten opgeleverd (Behar, Dobro DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples, 2009). In het vervolg van dit artikel worden vier van deze behandelprogramma's voor GAS (zie tabel 2) beschreven, inclusief een korte beschrijving van de uitgangspunten van het model waarop elk programma gebaseerd is.

TABEL 2
Moderne vormen van CGT voor GAS

Stand alone behandelingen:

- CGT gebaseerd op het intolerantie-voor-onzekerhedenmodel (IOT)
- Metacognitieve therapie (MCT)
- Intensieve piekerexposure (IPE)
- Op acceptatie gerichte gedragstherapie (AGT)

¶ CGT gebaseerd op het intolerantie-voor-onduidelijkheidsmodel

Intolerantie voor onduidelijkheid (IO) verwijst naar de neiging om een negatieve reactie te vertonen bij een mogelijke confrontatie met onduidelijke of ambigue gebeurtenissen, ongeacht de kans dat de gebeurtenissen zelf, of de gevolgen ervan, optreden (Dugas & Robichaud, 2007). Volgens dit model zijn GAS-cliënten geneigd in reactie op zulke onduidelijke situaties te gaan piekeren, vanuit het idee dat piekeren hen zal helpen ofwel adequaat om te gaan met de situatie, ofwel te voorkomen dat gevreesde situaties zullen plaatsvinden. Uit het IO-model volgt dat behandeling gericht moet zijn op het verminderen van angst en piekeren, door cliënten te helpen om onduidelijke situaties die zich voordoen in hun leven beter te leren verdragen, ermee om te leren gaan, of zelfs te leren accepteren.

De behandeling (in het vervolg kortweg als IOT aangeduid) omvat typische CGT-interventies als psycho-educatie, training in het bewust worden van piekeren, herevaluatie van het nut van piekeren, training in probleemoplossingsvaardigheden en imaginaire exposure. Deze interventies zijn in het voorgaande al beschreven. In de meest recente versie van deze behandeling is nog een specifieke component toegevoegd, waarin cliënten eerst situaties die onzekerheid oproepen en symptomen van IO leren herkennen, en zich vervolgens aan deze situaties en symptomen blootstellen.

Verscheidene studies hebben bewijs opgeleverd voor de werkzaamheid van deze aanpak. Uit twee studies onder 52 respectieve-

lijk 26 cliënten bleek dat IOT op alle uitkomstmaten superieur was aan een wachtlijstcontrolegroep. De gevonden effecten bleven behouden op de lange termijn (gemeten tot twee jaar na afloop van de behandeling; Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000). Alleen voor de studie van Dugas et al. (2003) zijn herstelpercentages berekend, met opvallende uitkomsten. Direct na de behandeling was maar 48% van de cliënten hersteld (op de PSWQ), wat vergelijkbaar is met klassieke CGT. Bij de follow-up na een half jaar was dit percentage echter gestegen tot 64%, wat duidt op een na-effect dat in andere effectstudies niet is gevonden. In een studie onder GAS-clieñten die al lang benzodiazepine gebruikten, bleek IOT effectiever dan non-directieve therapie in termen van het staken van het medicijngebruik (Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas & Baillargon, 2006). In een recent uitgevoerde RCT met 65 participanten, waarin IOT werd vergeleken met toegepaste relaxatie (TR) en een wachtlijstcontroleconditie, werd bevestiging gevonden voor de werkzaamheid van IOT. Hoewel effectief, bleek IOT niet effectiever dan TR (Dugas et al., 2010). Nog recenter is IOT vergeleken met metacognitieve therapie (MCT; een beschrijving van deze behandelmethode volgt hierna) en een wachtlijstcontrolegroep (WL) in een groot gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek onder 121 cliënten (Van der Heiden, Muris & van der Molen, in druk). Zowel na afloop van de behandeling als zes maanden later, bleken beide behandelingen tot grote en significante afname van zowel GAS-specifieke als comorbide symptomen te leiden, in tegenstelling tot de WL-groep. Ook voldeed de meerderheid van de cliënten in beide condities niet langer aan de diagnostische criteria van GAS (IOT: 80%; MCT: 91%). Hoewel beide behandelingen dus effectief bleken, leidde MCT op beide meetmomenten op bijna alle uitkomstmaten tot significant grotere klachtreductie dan IOT. Bovendien voldeden na MCT meer cliënten aan de criteria voor herstel dan na IOT op maten voor piekeren (PSWQ; ontslagmeting: MCT 72%, IOT 48%; follow-upmeting: 74% and 63%) en angstdispositie (ZBV-2; ontslagmeting: MCT 68%, IOT 59%; follow-upmeting: 72% and 62%).

¶ Metacognitieve therapie

Binnen het metacognitieve model van GAS worden opvattingen over piekeren centraal gesteld in de ontwikkeling en instandhouding van piekeren (Wells, 1995). Piekeren wordt opgevat als een strategie om manieren te vinden om met mogelijk bedreigende situaties om te gaan. Deze strategie komt voort uit de activering van positieve opvattingen die iemand heeft over piekeren, zoals 'piekeren kan helpen negatieve dingen te voorkomen'. Omdat iedereen wel eens piekert en positieve ideeën heeft over piekeren, worden zowel het piekeren zelf als de positieve metacognities niet als cruci-

aal voor de ontwikkeling van GAS gezien, maar negatieve opvattingen over piekeren wel (bijvoorbeeld, 'als ik mijn gepieker niet kan stoppen word ik nog gek'). Dergelijke negatieve metacognities worden gevormd zodra piekeren een inflexibele en voortdurend toegepaste strategie wordt. Eenmaal geactiveerd tijdens het piekerproces, leiden deze opvattingen tot metagepieker, waarbij GAS-cliënten piekeren over het feit dat ze piekeren. Het metagepieker leidt op zijn beurt weer tot een toename van angst en zorgelijke gedachten, die uiteindelijk resulteren in contraproductieve pogingen de eigen zorgen te beheersen (door bijvoorbeeld te proberen de gedachten te onderdrukken) en vermijdingsstrategieën (zoals geruststelling zoeken en vermijden van situaties die piekeren kunnen uitlokken). Uit dit model volgt dat de behandeling niet zozeer gericht dient te zijn op het piekeren zelf, maar op het wijzigen van de metacognitieve opvattingen over piekeren. Zowel de negatieve als de positieve metacognities worden onderzocht met behulp van verbale cognitieve herstructureringstechnieken en gedragsexperimenten. Een veelgebruikte verbale interventie is het verzamelen van zowel argumenten die de opvatting ondersteunen als argumenten die laten zien dat de opvatting niet helemaal juist is, waarna op basis van deze argumentatie een evenwichtige, nieuwe gedachte gevormd kan worden (bijvoorbeeld, 'ik kan het piekeren niet direct stoppen, maar het gaat toch altijd weer over en ik ben er in ieder geval nog nooit gek van geworden'). Een ander voorbeeld is de zogenaamde *mismatch*strategie, waarbij cliënten gevraagd wordt de voorspellingen die ze in hun piekerperiodes doen te vergelijken met de feitelijke afloop van de situaties waarover ze zich zorgen maakten. Op die manier ontdekken ze dat de afloop meestal niet overeenkomt met hun voorspellingen, wat de vraag oproept hoe nuttig het gepieker dan is. Daardoor komen de positieve opvattingen over piekeren ter discussie te staan. Negatieve opvattingen kunnen in de praktijk getoetst worden met bijvoorbeeld een 'piekeruitstelexperiment'. Lukt het cliënten hun gepieker zodra het begint uit te stellen tot een vooraf afgesproken tijdstip, dan zijn de negatieve opvattingen over de onbeheersbaarheid van piekeren niet langer (volledig) houdbaar. Om na te gaan of positieve opvattingen al dan niet kloppen, kan cliënten gevraagd worden het piekerniveau te reguleren door op het ene moment zoveel mogelijk te piekeren en op het andere moment zo min mogelijk. Op die manier kan nagegaan worden of meer piekeren leidt tot positieve gevolgen, zoals de positieve metacognities voorspellen.

MCT is op werkzaamheid onderzocht in twee open studies (Wells & King, 2006; Van der Heiden, Melchior & De Stigter, ter publicatie aangeboden) en in twee gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (Wells, Welfort, King, Wisely & Mendel, 2010;

Van der Heiden et al., in druk), die alle positieve resultaten opleverden. In een eerste ongecontroleerde studie van Wells en King (2006) voldeden na afloop van de behandeling 7 van de 8 cliënten (88%) aan de criteria voor herstel op een maat voor angstdispositie (ZBV-2). Bij follow-up twaalf maanden later waren 6 van de 8 cliënten (75%) nog altijd hersteld. In een kleine gecontroleerde vervolgstudie met in elke conditie 10 cliënten (Wells et al., 2010) bleek MCT significant effectiever dan toegepaste relaxatie (TR) op verschillende uitkomstmaten. Bovendien bleek MCT ook klinisch effectiever met herstelpercentages van 80% na de behandeling en 70% bij follow-up op maten voor zowel piekeren als angstdispositie, tegenover 10% respectievelijk 20% op beide maten in de TR-conditie. De slechte resultaten uit de TR-conditie zetten wel vraagtekens bij de uitvoering van dit onderzoek; TR is in verscheidene onderzoeken een effectieve behandeling voor GAS gebleken, met herstelpercentages van rond de 50%. De door Wells et al. (2010) gerapporteerde herstelpercentages doen vermoeden dat de behandelaars in de TR-conditie slecht getraind waren in de methode, de behandeling slecht hebben uitgevoerd, of beide. In een tweede, grote gecontroleerde studie onder 121 GAS-clieënten bleek MCT effectiever dan IOT en een wachtlijstgroep (Van der Heiden et al., in druk; zie de bespreking van IOT). Recent is MCT in een groepssetting onderzocht bij 33 cliënten met de diagnose GAS (Van der Heiden et al., ter publicatie aangeboden). Hoewel MCT ook in die vorm effectief bleek, waren de effecten kleiner dan in de studies naar individueel aangeboden MCT. Hetzelfde gold voor de percentages cliënten die na behandeling hersteld waren. Bovendien leek groeps-MCT minder goed te verdragen dan individuele MCT, gezien het feit dat bijna de helft van de cliënten de behandeling niet afmaakte. Op basis van deze bevindingen wordt dan ook geadviseerd MCT individueel aan te bieden aan cliënten met GAS.

¶ Intensieve piekerexposure

Piekerexposure is eerder in dit artikel al beschreven als component van een klassieke CGT-behandeling voor GAS. In een recente RCT waaraan 73 cliënten deelnamen, werd een intensieve vorm van piekerexposure werkzaam bevonden als *stand alone* behandeling van GAS (Hoyer et al., 2009). Een interessante bevinding was dat deze zogenaamde intensieve piekerexposure, die uitsluitend op het piekeren gericht is, ook een effect bleek te hebben op de andere symptomen van GAS. Echter, piekerexposure bleek niet effectiever te zijn dan TR. In deze intensieve variant van piekerexposure wordt cliënten gevraagd een zeer beangstigende situatie (zoals 'mijn dochter zal een auto-ongeluk krijgen') zo accuraat, gedetailleerd en levendig mogelijk te beschrijven. Naast de situatie zelf dienen cliënten te

beschrijven hoe zij zich tijdens zo'n gebeurtenis zouden voelen en wat ze zouden denken, welke symptomen ze zouden ervaren, en wat ze zouden horen, voelen en proeven. Als een dergelijk 'pieker-scenario' volledig en gedetailleerd genoeg is beschreven, worden ze aangemoedigd zich in gedachten aan dit beeld bloot te stellen en te proberen de bijbehorende angstige gevoelens zo intens mogelijk te ervaren, net zo lang tot habituatie optreedt.

¶ Op acceptatie gerichte gedragstherapie

Binnen het op acceptatie gebaseerde model van GAS (Roemer & Orsillo, 2005) wordt het kenmerkende verbaallinguïstische gepieker (ofwel: in woorden en zinnen, en niet zozeer in beelden) opgevat als een manier om als negatief beleefde interne ervaringen te vermijden, zoals gedachten over de onwenselijkheid van emotionele reacties of angst voor de angst. De neiging om interne ervaringen te vermijden gaat gepaard met een afname van betekenisvolle gedragingen en activiteiten. Binnen het model worden vier componenten onderscheiden: [1] interne ervaringen, [2] een problematische verhouding tot deze ervaringen, [3] vermijding van interne ervaringen, en [4] beperkingen in het gedrag. De op dit model gebaseerde behandeling is op acceptatie gericht en bestaat eveneens uit vier componenten. Gestart wordt met psycho-educatie over zowel het model als de behandeling. De tweede fase bestaat uit *mindfulness*oefeningen en het leren herkennen van vroege signalen van interne ervaringen met behulp van zelfregistratieopdrachten. In de volgende fase staan wederom *mindfulness*oefeningen op het programma, samen met acceptatieoefeningen. De behandeling wordt afgesloten met interventies gericht op gedragsverandering en uitbreiden van betekenisvolle activiteiten (Roemer & Orsillo, 2005). Een aantal van deze interventies maakt ook deel uit van andere CGT behandelprogramma's voor GAS, zoals het leren herkennen van vroege signalen met behulp van registratieopdrachten en opheffen van vermijdingsgedrag, maar ze worden in deze behandelmethode anders toegepast dan in klassieke CGT. Zo zijn de *mindfulness*- en acceptatieoefeningen gericht op het aannemen van een meer vergevende en niet-veroordelende houding ten opzichte van zowel interne als externe ervaringen, maar ook op het volledig ervaren van sensaties op het moment zelf, hoe pijnlijk of naar ze ook zijn, in plaats van te proberen het piekeren te beheersen of te doen afnemen. Een ander belangrijk verschil tussen deze aanpak en reguliere CGT is dat de nagestreefde gedragsverandering niet direct gericht is op het voorkomen van piekergedrag, maar op het vergroten van de consistentie tussen het gedrag dat cliënten vertonen en voor hen betekenisvolle activiteiten. Dit wordt gedaan door cliënten te vragen om te beoordelen in welke mate hun huidige gedrag overeen-

komt met de levensaspecten die zij als betekenisvol zien. Met behulp van schrijfp opdrachten over de samenhang tussen huidig gedrag en die betekenisvolle zaken, worden cliënten zich bewuster van specifieke betekenisvolle activiteiten en gedragingen die ze kunnen ondernemen. Doel hiervan is dat ze dergelijke activiteiten vervolgens frequenter gaan uitvoeren in hun dagelijks leven.

De werkzaamheid van op acceptatie gerichte gedragstherapie (AGT) is tot nu toe in twee onderzoeken bestudeerd. In een eerste ongecontroleerde studie met 16 deelnemers bleek AGT te leiden tot significante afname van piekeren, angst en comorbide depressieve klachten. De effecten bleven behouden tot drie maanden na afloop van de behandeling (Roemer & Orsillo, 2007). In een tweede, wachtlijstgecontroleerde studie (onder 31 cliënten) werden vergelijkbare resultaten voor AGT gevonden, terwijl in de wachtlijstconditie geen verbeteringen optraden (Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault, 2008). De grote en statistisch significante afnames op zowel door klinici beoordeelde als zelfgerapporteerde GAS-symptomatologie bleken te zijn behouden bij een follow-up na negen maanden. Bovendien voldeed ruim driekwart van de cliënten niet langer aan de diagnostische criteria van GAS en behaalde eveneens ruim driekwart van de deelnemers een zogenaamde *high end state functioning*.

DE VERVOLGBEHANDELING VAN GABRIËLLE

Paul bespreekt met Gabriëlle de mogelijkheid een van de meer recent ontwikkelde behandelprogramma's te proberen. Daar kan Gabriëlle zich prima in vinden. Op basis van de tot nu toe uitgevoerde effectstudies stelt Paul, wederom na overleg met zijn werkbegeleider, voor het behandelplan te wijzigen in 'metacognitieve therapie'. Hij is tot dit advies gekomen door de resultaten van de verschillende gerandomiseerde en gecontroleerde effectstudies op een rij te zetten (zie tabel 3). Daaruit bleek dat voor aandachtgerichte gedragstherapie en voor intensieve piekerexposure slechts één vergelijkend onderzoek is uitgevoerd, waarbij in het eerste geval met kleine groepen cliënten. Over die interventies kon Paul dus hooguit concluderen dat ze veelbelovend zijn. Naar de werkzaamheid van IOT en MCT is meer onderzoek gedaan, met meestal grotere groepen deelnemers, en zelfs een studie waarin deze twee methoden direct met elkaar vergeleken zijn. In die laatste studie werd een duidelijk voordeel gevonden voor MCT ten opzichte van IOT, wat Paul deed besluiten de behandeling van Gabriëlle te vervolgen met MCT. Dat besluit werd ondersteund door het feit dat MCT in een ander onderzoek ook effectiever bleek dan TR, terwijl IOT even effectief bleek als TR. Om de behandeling zo goed mogelijk te kun-

nen uitvoeren, zal Paul gesuperviseerd worden door een ervaren MCT-behandelaar van zijn afdeling.

TABEL 3

Gerandomiseerde, gecontroleerde studies naar de werkzaamheid van moderne vormen van CGT voor GAS

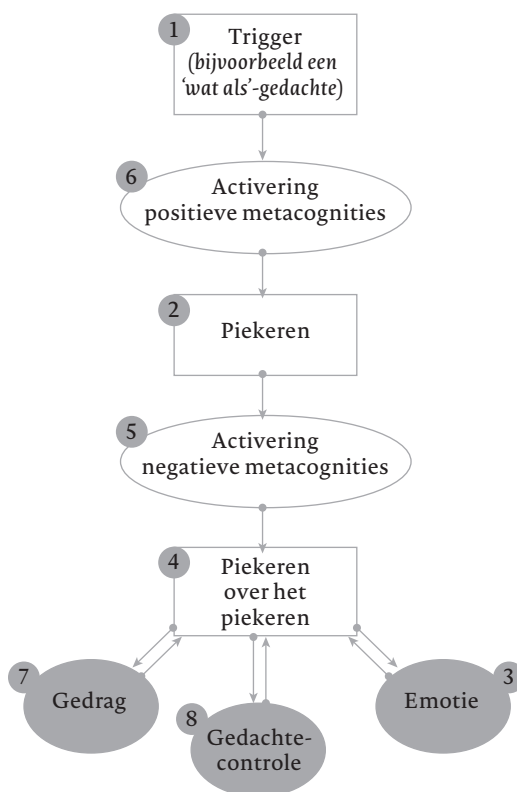
Behandel- vorm	Onderzoekers	Aantal cliënten	Resultaten
IOT	Ladouceur et al. (2000)	26	IOT > WL
	Dugas et al. (2003)	52	IOT > WL
	Dugas et al. (2010)	65	IOT = TR > WL
	Van der Heiden et al. (in druk)	121	IOT < MCT > WL
MCT	Wells et al. (2010)	20	MCT > TR
	Van der Heiden et al. (in druk)	121	MCT > IOT > WL
IPE	Hoyer et al. (2009)	73	IPE = TR > WL
AGT	Roemer et al. (2008)	31	AGT > WL

IOT = CGT gebaseerd op het intolerantie-voor-onzekerhedenmodel; MCT = metacognitieve therapie; IPE = intensieve piekerexposure; AGT = op acceptatie gerichte gedragstherapie; WL = wachtlijst; TR = toegepaste relaxatie

Nadat Paul het cognitieve model van GAS (zie figuur 1) heeft uitgelegd, wordt begonnen met het opsporen van de opvattingen die Gabriëlle over piekeren heeft, en van de contraproductieve gedragingen om het piekeren te beheersen en van pogingen om situaties die tot gepieker kunnen leiden, te vermijden. Paul gebruikt hierbij onderstaande vragen (Van der Heiden, 2009). De cijfers van de vragen corresponderen met de getallen die in figuur 1 staan weergegeven bij de verschillende onderdelen van het model:

- 1 Vraag na wat de trigger is: wat is de eerste gedachte in de sequentie van zorgen?
- 2 Wat dacht je vervolgens? (= inhoudelijk piekeren)
- 3 Hoe voel je je als je zo zit te denken? (= emotie)
- 4 Als je dat gevoel krijgt, wat denk je dan? Denk je dat er iets zal gebeuren als je zo'n zorgen blijft maken? (= piekeren over het piekeren)

- 5 Wat is het ergste wat er kan gebeuren als je zo blijft piekeren? Is piekeren iets wat je kunt stoppen? (= negatieve opvattingen over het piekeren)
- 6 Het lijkt/klinkt alsof piekeren alleen problematisch is, maar zitten er ook voordelen aan? (= positieve opvattingen over het piekeren)
- 7 Als het piekeren begint, wat doe je dan om ermee om te gaan? Kun je voorbeelden geven? (= gedragingen om het piekeren te verminderen dan wel te voorkomen)
- 8 a Probeer je wel eens bepaalde dingen niet te denken omdat je dan gaat piekeren?
b Heb je wel eens geprobeerd bij zo'n 'wat als'-gedachte niet te piekeren? (= pogingen de zorgelijke gedachten te beheersen of te controleren)



FIGUUR 1
Metacognitief model van GAS (Wells, 1995). De cijfers in de figuur corresponderen met de nummers van de vragen om het metacognitieve model uit te vragen, zoals beschreven in de tekst.

Negatieve opvattingen die bij Gabriëlle een rol spelen, zijn de gedachten geen controle over het piekeren te hebben en er gek van

te zullen worden. Gabriëlle oefent eerst met de haar bekende gedachteschema's, die echter nu niet meer op het piekeren zelf worden gericht, maar op de opvattingen over het piekeren. Hoewel deze schema's de geloofwaardigheid van de negatieve opvattingen doen afnemen, hebben de gedragsexperimenten het meeste effect. Vooral het uitstelexperiment is een openbaring voor Gabriëlle. Vanaf de introductie ervan lukt het haar vrijwel steeds het piekeren, zodra het begint, uit te stellen tot acht uur 's avonds. Na de koffie trekt ze zich dan terug op haar slaapkamer, pakt haar notitieboekje erbij, en beoordeelt voor elk piekerthema of het nog nodig is erover te piekeren. En zonder uitzondering is haar conclusie dat dit niet nodig is, meestal omdat de situatie al opgelost is. Hoewel niet het directe doel van deze interventie in deze fase van MCT, komen haar positieve opvattingen over piekeren daarmee al ter discussie te staan. Paul besteedt daar bij de nabespreking dan ook ruim aandacht aan, maar vraagt nadrukkelijk ook naar de betekenis van haar ervaringen voor de geloofwaardigheid van haar gedachte geen controle te hebben over het piekeren. Doordat het haar meestal lukt het uit te stellen, groeit de overtuiging bij Gabriëlle dat ze wel degelijk enige controle over het piekeren heeft. Daardoor wordt het piekeren al minder beangstigend voor haar. Paul stelt daarom voor in een volgend experiment de opvatting dat piekeren gevaarlijk is te testen. Hij vraagt Gabriëlle het piekeren niet langer uit te stellen, maar het voortaan zo erg mogelijk te maken zodra het begint. Hoewel dit experiment Gabriëlle enige angst inboezemt, durft ze het toch te proberen. Zeker nu ze weet enige controle over het piekeren te hebben. Ook dit experiment pakt goed uit. Het erger maken van het piekeren lukt hooguit eventjes. Al snel verdwijnen de zorgen dan echter weer. En meestal lukt het helemaal niet om het piekeren erger te maken, laat staan er gek van te worden. Dat lucht Gabriëlle behoorlijk op. Ze voelt zich al een stuk minder angstig, en ook het gepieker neemt in frequentie en heftigheid af. In haar piekerdagboek komen de scores niet meer boven de 60 uit. Omdat de negatieve opvattingen van Gabriëlle aanzienlijk in geloofwaardigheid afgenomen zijn, worden de interventies op de nog aanwezige positieve metacognities gericht. Een belangrijke positieve opvatting die Gabriëlle nog altijd geloofwaardig vindt, is dat piekeren helpt goed voorbereid te zijn op zaken, waardoor er minder negatieve gebeurtenissen zullen plaatsvinden. Paul stelt voor deze opvatting meteen in de praktijk te toetsen. Gabriëlle zal de komende weken in de ene helft van de week zo min mogelijk piekeren, en de andere helft zoveel mogelijk. Ze zal dagelijks het aantal negatieve gebeurtenissen registreren. Dit experiment voert ze drie weken uit, en elke week komt ze tot de conclusie dat er geen verschil bestaat in het aantal negatieve gebeurtenissen tussen de twee helften van de week. Bovendien

merkt ze dat ze zich in de periodes waarin ze zo veel mogelijk piekert minder prettig voelt, en ook minder goed functioneert, dan in de periodes waarin ze zich zo min mogelijk zorgen maakt. Op basis van deze ervaringen kan Gabriëlle niet anders dan concluderen dat piekeren helemaal niet helpend of nuttig is. Paul bespreekt vervolgens met haar hoe ze dan anders zou kunnen omgaan met, of reageren op, lastige situaties waar ze voorheen altijd over piekerde. Hij wil daardoor een indruk krijgen van haar copingvaardigheden, waardoor hij in kan schatten of de laatste fase van MCT (het aanleren van alternatieve copingstrategieën) nog nodig is. Gabriëlle denkt in zulke situaties vooral de toegepaste relaxatie te zullen toepassen, en misschien ook wel gedachteschema's. Ook geeft ze aan meer te zullen afwachten, omdat ze door het uitstelexperiment geleerd heeft dat een lastige situatie later op de dag vaak al opgelost of overgegaan is. Gabriëlle geeft aan de behandeling te willen afsluiten. Ze voelt zich goed en piekert nauwelijks nog (wat gestaafd wordt door de scores uit haar piekerdagboek, die de laatste weken nooit hoger dan 20 waren). Ook haar andere klachten zijn verbeterd; ze slaapt beter in, is minder moe en ook niet meer zo prikkelbaar. Daarnaast heeft ze weer meer plezier in dingen. En ze heeft een vakantie geboekt! De scores op de PSWQ en de ZBV-2 bevestigen dat de behandeling een goed effect heeft gehad. Haar eindscores vallen op beide lijsten in de categorie 'benedengemiddeld' in vergelijking met een algemene populatie.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit artikel is de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van Gabriëlle, een cliënte met GAS, beschreven. Nadat de psychologische behandeling van eerste voorkeur, klassieke CGT, onvoldoende aansloeg, werd zij behandeld met metacognitieve therapie (MCT), één van de modernere varianten van CGT voor GAS. De keuze voor MCT werd door haar behandelaar gemaakt op basis van een literatuuronderzoek, waarin de resultaten van beschikbare effectstudies naar moderne behandelingsstrategieën voor GAS met elkaar vergeleken werden. In deze vergelijking werden alleen behandelvormen opgenomen die als *stand alone* behandeling voor GAS zijn onderzocht in minstens één gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek. Nog experimentele modules, die als aanvulling op CGT toegepast worden en alleen in ongecontroleerde pilotstudy's zijn onderzocht, zijn buiten beschouwing gelaten (zie Hoyer, Van der Heiden & Portman, 2011). Voorbeelden hiervan zijn de toevoeging van motiverende gespreksvoering gericht op het verhogen van de intrinsieke motivatie en het verlagen van ambivalentie over verandering voor-

afgaand aan een klachtgerichte behandeling voor GAS (Westra, Arkowitz & Dozois, 2009), of zogenaamde *well-being* therapie na afloop van de behandeling, waarbij de interventies expliciet gericht zijn op het herstellen van het normale functioneren en het verbeteren van het welzijn van cliënten (Ruini & Fava, 2009).

Van belang is op te merken dat de ontwikkelaars van sommige van deze moderne of aanvullende varianten van CGT voor GAS suggereren dat het om een geheel nieuwe therapievorm gaat (zo spreken Ruini en Fava, 2009, van *well-being* therapie). In de meeste gevallen bestaan deze behandelingen echter uit cognitief-gedrags-therapeutische interventies, die hooguit op andere bij GAS betrokken processen gericht zijn. Dit geldt ook voor de twee moderne methoden die tot op heden het best onderzocht zijn, IOT en MCT. IOT bestaat uit verschillende klassieke CGT-interventies, waarbij de belangrijkste vernieuwing lijkt te zijn dat cliënten onderscheid leren maken tussen 'actuele, oplosbare zorgen' en 'hypothetische, onoplosbare zorgen'. Op basis van dat onderscheid kan dan de juiste interventie (probleemoplossen respectievelijk piekerexposure) toegepast worden. Hetzelfde geldt voor MCT. De behandeling omvat vooral standaard cognitieve interventies als gedachteschema's en gedragsexperimenten. Het verschil met de andere vormen van CGT is dat deze interventies niet gericht zijn op het piekeren zelf, maar bedoeld zijn om de opvattingen te onderzoeken die cliënten over het piekeren hebben. Het gaat dus om een vorm van cognitieve gedragstherapie gericht op gedachten over de klachten zelf. Dat dit loont, werd duidelijk uit zowel het overzicht van de tot op heden verrichte RCT's naar de recent ontwikkelde behandelprogramma's voor GAS, als uit de vervolgbehandeling van Gabriëlle. Desondanks kan niet gesteld worden dat MCT, of een van de andere nieuwe behandelingen, de behandeling van eerste voorkeur moet zijn. Daarvoor is meer onderzoek nodig, vooral studies waarin de verschillende benaderingen direct met bewezen effectieve behandelingen (klassieke CGT of psychofarmaca) vergeleken worden. Het verdient daarbij de voorkeur dat zulke onderzoeken (ook) door onafhankelijke onderzoeksgroepen worden uitgevoerd, daar de tot op heden beschikbare onderzoeken naar de beschreven GAS-behandelingen in de meeste gevallen zijn uitgevoerd door onderzoekers die de betreffende behandeling hebben ontwikkeld. Behalve aan meer effectstudies is er misschien wel nog meer behoefte aan onderzoek gericht op het in kaart brengen van de manier waarop en de reden dat de verschillende behandelingen tot verandering leiden. Door meer duidelijkheid over de mediators en mechanismen die tot verandering leiden, kunnen bestaande behandelingen van GAS op een gerichtere manier (verder) verbeterd worden. Op die manier wordt een verdere wildgroei van steeds weer nieuwe varianten van CGT voor GAS voorkomen.

Dit artikel is deels gebaseerd op: Hoyer, J., Heiden, C. van der & Portman, M.E. (2011). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41, 87–94.

DR. COLIN VAN DER HEIDEN, gz-psycholoog-psychotherapeut, is als hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie, hoofdopleider cognitieve gedrags-therapie en behandelaar werkzaam bij PsyQ Rijnmond.

Referenties

- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as a treatment of generalised anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633–646.
- Behar, E., Dobrow DiMarco, I., Hekler, E.B., Mohlman, J. & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011–1023.
- Borkovec, T.D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In: G.C.L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 273–288). Chichester, UK: Wiley.
- Borkovec, T.D., Shadick, R.N. & Hopkins, M.B. (1991). The nature of pathological and normal worry. In: R. Rapee, & D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29–51). New York, NJ: Guilford Press.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. & Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. In: D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, 2nd edition* (pp. 137–188). New York, NJ: The Guilford Press.
- Covin, R., Ouimet, A.J., Seeds, P.M. & Dozois, D.J.A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108–116.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. & O'Leary, T.A. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Dugas, M.J., Brillon, P., Savard, P., Turcot, J., Gauvet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R. & Gervais, N.J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41, 46–58.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D. & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821–825.
- Dugas, M.J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York/London: Routledge.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York, NJ: Springer.
- Erickson, T.M. & Newman, M.G. (2005). Cognitive-behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A primer. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5, 247–257.
- Fisher, P.L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In: G.C.L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 359–378). Chichester, UK: Wiley.
- Goldfried, M.R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228–234.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C.M., Dugas, M.J., & Baillarger, L. (2006). Benzodiazepine discontinu-

- ation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 908–919.
- Heiden, C. van der (2004). Een stappenplan voor het oplossen van problemen: informatie voor cliënten. *PsychoPraxis*, 6, 202–205.
- Heiden, C. van der (2009). *Behandelprotocol metacognitieve therapie voor generaliseerde angststoornis* (Therapeuten- en patiëntenboek, incl. dvd). Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Heiden, C. van der & Broeke, E. ten (2009). The when, why and how of worry exposure. *Cognitive Behavioral Practice*, 16, 386–393.
- Heiden, C. van der, Melchior, K. & Stigter, E. de (ter publicatie aangeboden). *An open trial of group metacognitive therapy for generalised anxiety disorder*.
- Heiden, C. van der, Muris, P. & Molen, H.T. van der (in druk). Randomized controlled trial of the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, DOI: 10.1016/j.brat.2011.12.005
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M. & Becker, E.S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 106–115.
- Hoyer, J., Heiden, C. van der & Portman, M.E. (2011). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41, 87–94.
- Hunot, V., Churchill, R. & Silva de Lima Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalized anxiety disorder (Review). *Cochrane Database Systematic Review* (1), D001848.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957–964.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (LSMR) (2005). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lang, A.D. (2004). Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 [suppl 13], 14–19.
- Meyer, T. J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495.
- Öst, L.G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397–409.
- Öst, L.-G. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777–790.
- Ploeg, H.M. van der (2000). *Handleiding bij de zelfbeoordelings vragenlijst. Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger state-trait anxiety inventory*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2005). An acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: L. Roemer. & S.M. Orsillo (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213–240). New York: Springer.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72–85.
- Roemer, L., Orsillo, S.M. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083–1089.
- Ruini, C. & Fava, G.A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 65, 510–519.
- Wells, A. (1995). Metacognition and

- worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434.
- Westra, H.A., Arkowitz, H. & Dozois, D.J.A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1106-1117.