



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

WILLEMIJN SCHOLTEN

Nooit meer bang

Terugvalpreventie bij angststoornissen: een casus

Van alle psychische stoornissen behoren angststoornissen tot de goed behandelbare stoornissen. Angststoornissen worden behandeld met antidepressiva, cognitieve gedragstherapie (CGT) of een combinatie van beide. Onbehandeld zijn angststoornissen aandoeningen met een chronisch of episodisch beloop (Ansell et al., 2011; Bruce et al., 2005; Calkins et al., 2009; Penninx et al., 2011; Pollack et al., 1990; Yonkers, Bruce, Dyck & Keller, 2003). Behandeling kan dit beloop gunstig beïnvloeden, maar voorkomt niet dat een grote groep mensen na herstel een keer te maken krijgt met terugkeer van de klachten. In het laatste geval spreken we van ‘terugval’ of ‘recidief’. Terugvalcijfers zijn hoog. Een grote Amerikaanse studie laat bijvoorbeeld zien dat binnen twaalf jaar 40–60% van de mensen opnieuw dezelfde angststoornis krijgt (Bruce et al., 2005). Dat kan na één jaar zijn, maar ook (pas) na acht jaar. Er is hierbij gekeken naar terugval, ongeacht of deze mensen een behandeling hebben gekregen voor hun klachten of nog medicijnen hiervoor slikken. Calkins et al. (2009) vonden zelfs een terugvalpercentage van 65% binnen drie jaar. Het effect van succesvolle behandeling met CGT blijft op de middellange termijn (maximaal twee jaar) relatief goed behouden (Butler, Chapman, Roman & Beck, 2006), maar naar de langetermijntuitkomsten van CGT bij angststoornissen is weinig onderzoek gedaan en de paar studies op dit gebied geven aan dat de langetermijneffecten bescheiden zijn. Er worden terugvalcijfers binnen twee tot veertien jaar tot 55% per angststoornis gevonden. Ook zoekt tweederde van de onderzochte groep opnieuw hulp gedurende die periode (Durham et al., 2005; Nadiga, Hensley & Uhlenhuth, 2003).

Hoe terugval bij angststoornissen echt verminderd kan worden is niet precies bekend. Wel is er binnen de psychologie onderzoek gedaan naar waarom mensen gedragsverandering zo moeilijk volhouden. Appelo (2010, 2011) vatte dit onderzoek samen en formuleerde een formule voor duurzame gedragsverandering waaruit is af te leiden wat er nodig is om gedragsverandering vol te houden of terugval te voorkomen. Het gaat hierbij in algemene zin om de combinatie van innerlijke drang (lijdensdruk en een alternatief hebben),

discipline (om ingesleten automatismen, ziekte winst en sociale druk te weerstaan) en interne attributie van tegenslag en terugval.

Het terugdringen van terugval bij angststoornissen is belangrijk, niet alleen voor de individuele cliënt, maar ook gezien de grote impact die angststoornissen hebben op het functioneren en de hoge kosten die hiermee verbonden zijn (Alonso et al., 2004; Mendlowicz & Stein, 2000; Rice & Miller, 1998; Smit et al., 2006).

Bij het nadenken over terugvalpreventie bij angststoornissen ligt het voor de hand om te kijken naar interventies op het gebied van de twee voor deze stoornissen *evidence-based* behandelmethoden, antidepressiva en CGT. Benzodiazepinen werden weliswaar vroeger vaak voorgeschreven bij angststoornissen, maar tegenwoordig worden die pas als laatste redmiddel gegeven, wanneer antidepressiva en CGT niet helpen. Voor mensen die antidepressiva slikken, is de kans op terugval kleiner wanneer zij langdurig doorslikken (Donovan, Glue, Kolluri & Emir, 2010), maar er kleven voor veel mensen bezwaren aan het langdurig gebruik. Denk bijvoorbeeld aan de (seksuele) bijwerkingen, 'het graag zonder pillen willen kunnen' en het feit dat mensen het over het algemeen slecht volhouden om antidepressiva te blijven slikken bij angststoornissen (Stein, Cantrell, Sokol, Eaddy & Shah, 2006). Een ander nadeel is dat we niet weten hoe lang iemand door moet gaan met het innemen van de medicijnen. Een paar jaar? Levenslang? Voor de mensen die antidepressiva willen afbouwen of die op een andere manier hersteld zijn van hun angststoornis, al dan niet met behulp van CGT, zou een terugvalpreventiemethode die gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie zinvol kunnen zijn.

Een terugvalpreventie-interventie gebaseerd op CGT zou om verschillende redenen effectief kunnen zijn. Enkele kleine studies die boostersessies en terugvalpreventie op basis van CGT onderzochten, hadden veelbelovende resultaten die tot verdere ontwikkeling en onderzoek aanmoedigen (Öst, 1989; McKay, 1997; Craske et al., 2006; Hiss, Foa & Kozak, 1994; Wright, Clum, Roodman & February, 2000). CGT is ook effectief gebleken in het verkleinen van de terugvalkans bij depressie (Vittengl, Clark, Dunn & Jarret, 2007). Voor mensen die een CGT-behandeling voor een angststoornis volgden, wordt terugvalpreventie in de herziene versie van de *Multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) expliciet genoemd als laatste stap na een succesvolle behandeling. Deze stap wordt omschreven als:

- 'Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kunnen worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan

voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en niet toegeven aan de drang tot vermijding van situaties. Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.'

Een specifieke CGT terugvalpreventie-interventie zou zich moeten richten op de voorspellers voor terugval. Dat zijn de factoren die maken dat mensen een hoog risico hebben om terug te vallen. Voor angststoornissen zijn er diverse ziektegerelateerde en psychosociale kwetsbaarheidsfactoren als voorspellers voor terugval gevonden. Daarvan zijn de volgende mogelijk te beïnvloeden met CGT: restklachten na herstel, vaak bestaand uit algemene angstgevoelens, maar ook fobische vermijding; verminderd psychosociaal functioneren; comorbiditeit; *anxiety sensitivity* (de angst voor angstgerelateerde symptomen) en het afbouwen van antidepressiva. Uit recent onderzoek blijkt dat uit een grote hoeveelheid mogelijke voorspellers 'anxiety sensitivity' en 'verminderd functioneren' de belangrijkste voorspellers van terugval bij angststoornissen zijn (Scholten et al., in druk).

TERUGVALPREVENTIE-INTERVENTIE

Op de polikliniek Angst- en dwangstoornissen/Academische werkplaats angst van GGZ inGeest/VUMC is een terugvalpreventie-interventie ontwikkeld, die momenteel onderzocht wordt bij een groep cliënten met een hoog risico op terugval. Het gaat hierbij om cliënten die behandeld worden met antidepressiva, die hersteld zijn van een angststoornis, en die de antidepressiva willen gaan afbouwen. Sommige van deze cliënten zullen eerder ook een CGT-behandeling gehad hebben, maar niet allemaal. De interventie is ontwikkeld op basis van bestaand onderzoek naar terugvalpreventie en de cognitieve theorie van Beck (1985), en richt zich op voorspellers van terugval. De terugvalpreventie kan direct aansluitend op herstel of langere tijd daarna gegeven worden. In de casus gaat de terugvalpreventie samen met het afbouwen van antidepressiva, maar in dit artikel worden alleen de CGT-interventies beschreven. De interventie kan zowel individueel als in een groep toegepast worden en bestaat uit acht zittingen.

De interventie bestaat uit verschillende cognitief-gedragstherapeutische ingrediënten. Deze ingrediënten lijken voor een deel op technieken uit de CGT-behandeling van de angststoornis in de acute

fase, maar er zijn ook zeker verschillen. De cognitieve technieken richten zich vooral op onderliggende opvattingen in plaats van de automatische gedachten. De *exposure* is gericht op de restjes vermijding waar in de acute behandeling vaak geen aandacht aan is besteed en die mogelijk ook niet eens hinderlijk zijn, maar wel kwetsbaar maken voor terugval. Voor mensen die al eerder CGT hebben gehad zal een groot deel van de technieken bekend zijn, maar binnen de terugvalpreventie-interventie richten deze zich merendeels op aspecten die niet eerder of niet afdoende behandeld waren. Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat de eerdere CGT niet goed genoeg is uitgevoerd. De meeste cliënten zijn niet volledig klachtenvrij bij ontslag, ook niet bij een juist uitgevoerde CGT, maar de klachten zijn meestal wel voldoende afgenomen om 'hersteld' genoemd te worden. Onze ervaring is dat alle herstelde cliënten die wij spreken nog in meer of mindere mate vermijdingsgedrag hebben. Voor mensen die eerder geen CGT hebben gehad is de interventie uiteraard helemaal nieuw.

¶ *Cognitieve interventies gericht op 'gevaaropvattingen' en 'anxiety sensitivity'*
De cognitieve interventies richten zich op de onderliggende 'gevaaropvattingen'. De cognitieve theorie gaat ervan uit dat mensen kwetsbaar zijn voor terugval doordat gevaaropvattingen nog aanwezig zijn na herstel van de angststoornis. Het gaat hierbij om angstig makende en onrealistische opvattingen over zichzelf, de wereld en anderen, maar het kunnen ook nog bestaande misinterpretaties van angstsensaties (*anxiety sensitivity*) zijn. Voorbeelden van gevaaropvattingen zijn: 'Als ik een fout maak, zullen mensen mij afkeuren' of: 'Van piekeren word je uiteindelijk gek.' Gevaaropvattingen worden opgespoord door de neerwaartsepiltechniek en door een voorbeeldlijst na te gaan met veelvoorkomende gevaaropvattingen en cognities bij huidige en vroegere angsten. Met cognitieve technieken worden de gevaaropvattingen onderzocht. Hiervoor worden onder andere de 'voors en tegens' en de 'historische toets' gebruikt. Bij de historische toets wordt het verleden van de cliënt systematisch langsgelopen op bewijzen voor en tegen de gevaaropvatting. Na het uitdagen worden realistische en helpende opvattingen geformuleerd en die worden vervolgens op een *flashcard* gezet. Er wordt daarna afgesproken om deze *flashcard* bij zich te dragen en regelmatig even te lezen.

¶ *Interoceptieve exposure*

Interoceptieve exposure-oefeningen worden gegeven om de aanwezige gevaaropvattingen over lichamelijke sensaties te veranderen. Veel herstelde mensen blijken nog angst te hebben voor sensaties zoals duizeligheid, een versnelde hartslag, licht in het

hoofd worden, tintelingen in de ledematen. Bij interoceptieve exposure worden deze sensaties door bijvoorbeeld hyperventilatieprovo-catie opgeroepen. Hiermee treedt gewenning op aan de sensaties en worden de gevaaropvattingen getoetst en gecorrigeerd.

¶ Exposure aan de ‘restvermijding’

De exposure in vivo is gericht op de ‘restvermijding’. Opvallend genoeg vertonen veel herstelde mensen nog vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag. Het hebben van restsymptomen, waaronder het nog vermijden van bepaalde situaties, vergroot het risico op terugval. Om die reden lijkt het zinvol om de restvermijding te doorbreken. Eerst wordt de restvermijding opgespoord. Soms zijn de vermijdingen duidelijk, maar soms gaat het om subtiel vermijdingsgedrag waar iemand zich niet meer zo bewust van is, zoals een stripje oxazepam onder in de tas dat nooit wordt gebruikt, maar dat men ook niet thuis durft te laten. Vervolgens wordt een overzichtelijke hiërarchie gemaakt met exposure-oefeningen die realiseerbaar zijn binnen acht sessies. Het toepassen van graduele exposure wordt tegenwoordig niet meer als strikt noodzakelijk gezien en er is enige evidentie dat variabele exposure bij specifieke fobieën iets beter werkt dan graduele exposure en bij smetvrees even goed als graduele exposure (Rowe & Craske, 1998; Lang & Craske, 2000; Kircanski et al., 2012). Vanuit het oogpunt dat het gemakkelijker is om cliënten hiervoor te motiveren, wordt in dit programma graduele exposure toegepast, waarbij ook de angstige verwachting getoetst wordt.

¶ Terugvalpreventieplan

Gedurende het programma wordt gewerkt aan een terugvalpreventieplan. Dat plan geeft weer wat de eerste symptomen zijn die wijzen op terugval, wat risicovolle situaties zijn om weer klachten te krijgen (risicofactoren) en wat iemand daar vervolgens aan kan doen om erger te voorkomen. De cliënt overlegt met partners of familieleden over eerste signalen die zij opmerken bij terugval en deze worden opgenomen in het preventieplan. Ook wordt een handige plek gezocht om het plan te bewaren, zodat het gemakkelijk terug te vinden is zodra cliënt net nodig heeft.

GEVALSBESCHRIJVING

Gijs (45) meldt zich aan op de polikliniek Angst- en dwangstoornissen. Hij hoorde van de mogelijkheden om een terugvalpreventietraining te volgen voor mensen die hersteld zijn van een angststoornis en hun antidepressiva willen afbouwen. De training spreekt hem aan, omdat hij graag wil stoppen met de paroxetine die hij nog

gebruikt, maar hij is ook bang voor terugkeer van zijn paniekstoornis. De training wordt gegeven in het kader van een onderzoek, een *randomized controlled trial* (RCT), naar de effectiviteit van deze training. Gijs is een goedgehumeurde, enthousiaste, getrouwde vertegenwoordiger met twee puberkinderen. Hij heeft in zijn leven twee keer een paniekstoornis met agorafobie gehad en is hier de eerste keer voor behandeld met een achteraf wat moeilijk te definiëren soort gesprekstherapie, waarna de klachten verdwenen. Een paar jaar geleden kreeg hij opnieuw een paniekstoornis, waarvoor hij behandeld is met medicatie (paroxetine, 30 mg) en cognitieve gedragstherapie, die vooral bestond uit exposure in vivo. Ook deze keer verdwenen de klachten. Bij aanmelding op de polikliniek is hij ruim een jaar klachtenvrij. Hoewel afname van de *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders* (SCID-I/P; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) geen standaard procedure is op deze polikliniek, wordt deze in dit geval wel afgenomen in het kader van het onderzoek. De SCID bevestigt de afwezigheid van de paniekstoornis met agorafobie. Het gaat goed met Gijs, hij werkt weer fulltime, heeft weer meer energie om tijd aan zijn gezin te besteden en praat vaker met zijn echtgenote over hoe het met hem gaat, iets waarvan hij zelf het idee heeft dat dit helpt om zich goed te blijven voelen. Opvallend is wel dat hij thuis zijn taken in het huishouden en de financiële administratie niet heeft opgepakt. Zijn vrouw had deze taken van hem overgenomen en dit is eigenlijk zo gebleven. Er is ook sprake van restvermijding. Zo durft hij niet in liften en durft hij niet in een boot te varen. Hij verzekert ons dat hij daar geen hinder van ondervindt: varen deed hij toch al nooit en de trap nemen is vooral goed voor de conditie en de beenspieren. Soms heeft hij het idee dat hij 'verkeerd ademhaalt'. Dat vindt hij lastig. Hij beschrijft dit als het gevoel te snel te ademen waarbij hij wat licht in zijn hoofd wordt. Dit probeert hij te voorkomen door op die momenten heel bewust te ontspannen, rustig te gaan zitten, zijn ademhaling te verdiepen en er met zijn vrouw over te praten.

Van de antidepressiva wil hij graag af, want hij is nogal in gewicht aangekomen sinds hij paroxetine gebruikt. Aangezien het nu goed met hem gaat, kan hij, conform de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*, beginnen met afbouwen van de medicatie.

Gijs doet mee aan een terugvalpreventietraining in groepsverband. Samen met vijf andere herstelde angstcliënten bouwt hij gedurende vier maanden in acht groepszittingen de antidepressiva af en krijgt hij cognitieve gedragstherapie die gericht is op terugvalpreventie. De CGT richt zich daarbij op het aanpakken van de restvermijding, de angst voor lichamelijke angstsensaties, de onderliggende gevaaropvattingen en het maken van een terugvalpreventieplan.

De gevaaropvattingen die bij Gijs aanwezig zijn, worden opgespoord met de neerwaartsepiltechniek. Met de neerwaartsepiltechniek wordt beginnend bij een automatische gedachte al doorvragend naar wat er zou kunnen gebeuren, getracht de meest gevreesde uitkomst te achterhalen. Dit kan een 'ramp' zijn, maar ook een basale assumptie over zichzelf, anderen of de wereld. Er wordt doorgevraagd naar de gevolgen van het 'verkeerde ademhalen' en uiteindelijk blijkt Gijs bang te zijn om flauw te vallen wanneer hij zijn ademhaling niet 'goed' krijgt: 'Als ik mijn ademhaling niet rustig krijg, dan zal ik flauwvallen.'

Ook wordt een lijst uitgedeeld met veelvoorkomende gevaaropvattingen, zodat Gijs kan kijken of hij bepaalde opvattingen herkent. Voorbeelden uit deze lijst zijn:

- ▶ vermijd elk risico
- ▶ als ik iets in mijn lichaam voel, dan betekent dat dat ik iets ernstigs heb
- ▶ de wereld is onveilig
- ▶ ik ben zwak
- ▶ als ik niet perfect ben, wijzen ze me af
- ▶ als je piekert, ben je tenminste goed voorbereid als er iets gebeurt
- ▶ van piekeren word je gek
- ▶ laat geen onzekerheid zien
- ▶ als ik nerveus overkom, wijst men mij af
- ▶ als iets fout gaat, heeft dat rampzalige gevolgen
- ▶ ik kan niet met tegenslag omgaan.

Hieruit blijkt nog een gevaaropvatting. Gijs komt uit een gezin waarin veel angst was voor lichamelijke klachten. Pijntjes en klachten werden onmiddellijk als gevaarlijk geduid: 'Lichamelijke klachten wijzen op iets ernstigs.'

Het is goed voorstelbaar dat deze gevaaropvattingen een risico op terugkeer van de klachten met zich brengen. Op het moment dat er geen vervelende lichamelijke sensaties zijn, is er niets aan de hand, maar zodra de stress toeneemt en Gijs een wat oppervlakkige ademhaling krijgt, komen er angstgevoelens bij.

De eerste gevaaropvatting wordt uitgedaagd met interoceptieve exposure en de techniek van 'voors en tegens' en de tweede gevaaropvatting met de historische toets.

De interoceptieve exposure bestaat bij Gijs uit hyperventilatieprovocatie. Dit geeft hem vrijwel dezelfde sensaties als bij een paniekaanval. De tijd van hyperventileren wordt steeds wat verlengd om de klachten zo erg mogelijk te maken en om het punt te bereiken waarop Gijs denkt flauw te vallen. Hij merkt vervolgens

dat hij niet flauwvalt, hoe slecht hij zich ook voelt, en dat de klachten na verloop van tijd vanzelf afnemen.

De 'voors en tegens' zijn bedoeld om bewijzen voor en tegen de opvatting dat Gijs zal flauwvallen als hij zijn ademhaling niet rustig krijgt, te verzamelen en tegenover elkaar te zetten. Meestal worden er meer en overtuigender bewijzen tegen de gevaaropvattingen gevonden en kan er hierna een meer genuanceerde opvatting geformuleerd worden. Hieronder staan de bevindingen van de 'voors en tegens' van Gijs.

TABEL 1

'Als ik mijn ademhaling niet rustig krijg, dan zal ik flauwvallen'

Bewijzen voor	Bewijzen tegen
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ik ben een keer flauwgevallen toen ik iemand met een bloederige wond zag, dat voelde bijna hetzelfde als bij angst 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Het is mij ongeveer 75 keer niet gelukt om mijn ademhaling rustig te krijgen door daar speciale moeite voor te doen en toch ben ik toen niet flauwgevallen, geen een keer ▶ Zelfs als we de ademhaling heel erg in de war brachten door oefeningen in therapie viel ik niet flauw ▶ Bij panieklachten stijgt je bloeddruk en hartslag en dit is tegengesteld aan wat er gebeurt bij flauwvallen

Na het opschrijven van de 'voors en tegens' is het Gijs duidelijk dat er eigenlijk geen bewijzen zijn voor het flauwvallen. Hierna wordt een helpende/kloppende opvatting geformuleerd: 'Als ik mijn ademhaling niet rustig krijg, gebeurt er niets, behalve dat ik een vervelend gevoel heb.'

De gevaaropvatting 'lichamelijke klachten wijzen op iets ernstigs' wordt uitgedaagd met behulp van de historische toets. Er wordt Gijs gevraagd om eens na te gaan wanneer hij vanaf zijn kindertijd lichamelijke klachten heeft gehad, welke klachten dit waren en of er toen iets ernstigs aan de hand was. Op die manier kan achterhaald worden in hoeverre er sprake was van onschuldige lichamelijke klachten en daadwerkelijk ernstige klachten. Na het opschrijven van de verschillende keren dat Gijs last heeft gehad van lichamelijke klachten en wat de gevolgen waren, wordt hem gevraagd om deze opsomming in een verhaalvorm op te schrijven. Hij komt met het volgende verhaal:

- ▶ 'Als kind waarschuwde mijn moeder mij en mijn broers altijd voor gevaar. Als we hoestten of ergens pijn hadden, moesten we rust nemen. Ik herinner me dat ik veel verzuimde van school en

dat we vaak naar de huisarts gingen. Eigenlijk bleek er vrijwel nooit iets aan de hand te zijn. De huisarts stelde mijn moeder altijd gerust en we kregen ook zelden medicijnen van de huisarts. Ik heb wel een keer een benauwd gevoel gehad en moest erg hoesten. Toen bleek dat ik een longontsteking had. Maar dit voelde anders dan mijn rare ademhaling van nu. Ik was toen heel ziek met koorts. Als ik de ziekten die ik in mijn leven heb gehad naga, dan merkte ik vanzelf als het ernstig was. Dan had ik koorts, of erge pijn, zoals een keer bij een oorontsteking. Bij twijfel kon de huisarts kijken of het ernstig was. Ik heb eigenlijk best veel lichamelijke klachten gehad in mijn leven die onschuldig waren. Zo sportte ik veel en had ik veel spierpijn en pijntjes doordat ik bij voetbal geschopt werd. Ook was ik soms zenuwachtig voor school en dan had ik buikpijn, maar dit was gewoon spanning. Later in mijn leven kreeg ik veel spanningen die mij klachten van duizeligheid gaven. En ook heb ik best regelmatig lichamelijke klachten die onschuldig zijn, zoals hoofdpijn, wat brandend maagzuur, spierpijn. Dit is allemaal niets ernstigs. Ik maak me daar ook geen zorgen over.'

Hierna wordt een helpende/kloppende opvatting geformuleerd: 'De meeste lichamelijke klachten die ik in mijn leven heb gehad, zijn normaal, niet ernstig en als het echt ernstig is, merk ik het.'

Deze helpende opvattingen zet Gijs vervolgens op een flashcard en hij bewaart die in zijn agenda. Ook maakt hij er een notitie van in zijn iPhone, zodat hij de helpende opvattingen gemakkelijk kan raadplegen.

Om de restvermijding aan te pakken wordt een lijst met dingen gemaakt die Gijs vermijdt of met hulp van veiligheidsmaatregelen doorstaat. Hieruit komen de volgende punten naar voren:

- ▶ Allerlei dingen doen om mijn ademhaling rustig te krijgen, zoals ontspanningsoefeningen, gaan zitten, water drinken.
- ▶ Niet in onbekende liften gaan.
- ▶ Geen boottochten maken.

We maken een exposureprogramma, waarbij Gijs oefent met liften in het ziekenhuis en in een kantoorgebouw. Hij varieert met het aantal verdiepingen en het aantal mensen in de lift. Ook laat hij zijn pogingen om zijn ademhaling rustig te krijgen achterwege en wacht gewoon af wat er gebeurt terwijl hij probeert zoveel mogelijk door te gaan met de dingen waar hij mee bezig is. Zijn verwachting is dat hij een paniekaanval zal krijgen en flauw zal vallen als hij zichzelf niet onder controle krijgt. Het varen met een boot is voor hem

het engst en hij stelt dit zo lang mogelijk uit. Elke keer heeft hij een reden waarom het niet gelukt is om een tochtje te maken. Zelfs de andere groepsleden beginnen Gijs op zijn smoesjes aan te spreken. De laatste bijeenkomst is het eindelijk gelukt. Met zijn gezin heeft hij een boottocht gemaakt door de Amsterdamse grachten en als bewijsmateriaal neemt hij foto's mee. De exposure-oefeningen hebben ertoe geleid dat hij bemerkte dat hij niet flauwviel, ook niet als hij in paniek raakte. Verder bemerkte hij dat de spanning vanzelf afneemt.

¶ Terugvalpreventieplan

Gedurende de acht sessies werkt Gijs aan zijn persoonlijke terugvalpreventieplan. Hij bespreekt het met zijn vrouw, die nog enkele zinvolle aanvullingen heeft, en hij besluit om het zowel in de computer op te slaan als te bewaren bij zijn administratie.

Zijn terugvalpreventieplan is te lezen in tabel 2.

TABEL 2
Terugvalpreventieplan Gijs

Risicofactoren voor terugval
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rustige perioden, want dan heb ik minder afleiding en ga ik te veel op mijn ademhaling letten ▶ Controle over dingen kwijt zijn (op werk), bijvoorbeeld als er onverwachte dingen gebeuren die ik zelf niet kan oplossen ▶ Ernstige ziekte of overlijden van dierbare ▶ Te weinig praten over gevoelens als ik me ergens onprettig over voel
Eerste signalen
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Meer lichamelijke sensaties voelen ▶ Bang hiervan worden ▶ Slecht slapen ▶ Kortaf zijn
Wat moet ik (niet) doen
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Niet vermijden van bijvoorbeeld liften en boottochten ▶ Niet te veel aandacht aan een paniekaanval geven. Laat maar komen! ▶ Praten over mijn gevoelens met mijn vrouw ▶ Kijken of er stressfactoren zijn ▶ Sporten ▶ Flashcard gebruiken ▶ Hyperventilatieprovocatie ▶ Leuke dingen doen ▶ Eventueel ggz bellen, in uiterste geval weer antidepressiva slikken

¶ Afsluiting

Na vijf sessies is de paroxetine in kleine stappen (30–20–10–5–2.5 mg), afgebouwd, zodat Gijs ook nog exposure en interoceptieve exposure kan doen terwijl hij medicatievrij is.

Bij follow-up, na een jaar, gaat het nog steeds goed met Gijs. In totaal is hij tweeënhalf jaar klachtenvrij, waarvan een jaar zonder antidepressiva.

TOT SLOT

Het wordt steeds duidelijker dat een angststoornis een recidiverende aandoening is. Dat betekent dat er naast de behandeling van de acute fase van de stoornis ook aandacht moet komen voor recidiefpreventie. Onderzoek naar terugvalpreventie bij angststoornissen staat in de kinderschoenen. In de casus hierboven is beschreven hoe een terugvalpreventiebehandeling vorm kan krijgen in de praktijk. Toen deze preventieve behandeling ontwikkeld werd, waren de meest recente gegevens over voorspellers van terugval nog niet bekend. Inmiddels is gebleken dat ook 'verminderd (psychosociaal) functioneren' een belangrijke voorspeller voor terugval is. Met deze kennis zou het logisch zijn om ook het verminderd (psychosociaal) functioneren aan te pakken. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding bij het oppakken van iemands rol in het huishouden, sociale contacten, in het gezin of op school en begeleiding bij terugkeer naar (vrijwilligers)werk en dagbesteding. Dit zijn interventies die logisch klinken, maar die tot op heden niet in behandelprotocollen zijn opgenomen. In het geval van Gijs zouden zijn huishoudelijke en administratieve taken en zijn vaderrol uitgebreid kunnen worden tot het niveau van voor de paniekstoornis.

Concluderend kan gesteld worden dat het onderzoek naar terugvalpreventie en interventies om terugkeer van de klachten te verminderen een belangrijke ontwikkeling vormt. Momenteel doet de polikliniek Angst- en dwangstoornissen/Academische werkplaats angst van GGZ inGeest/VUmc onderzoek naar de hierboven beschreven interventie. We hopen zo gauw mogelijk een werkzame interventie in handen te hebben om de kans op terugval te verkleinen en daarmee het slechte beloop van angststoornissen positief te kunnen beïnvloeden.

DRS WILLEMIJN SCHOLTEN is psychotherapeut/gedragstherapeut en onderzoeker bij GGZ inGeest/afdeling psychiatrie VUmc Amsterdam.

Referenties

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., ... Vollebergh, W.A. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement* (420), 38–46.
- Ansell, E.B., Pinto, A., Edelen, M.O., Markowitz, J.C., Sanislow, C.A., Yen, S., ... Grilo, C.M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41, 1019–1028.
- Appelo, M. (2010). *Waardenloze gesprekken: Socratisch motiveren in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Appelo, M. (2011). *Het gelaagde brein: Reflectie en discipline bij het werken aan verandering*. Amsterdam: Boom.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T. & Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179–1187.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26: 17–31.
- Calkins, A.W., Otto, M.W., Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonis, A.F., Hearon, B.A. & Harlow, B.L. (2009). Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: Results from a prospective 3-year longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1165–1169.
- Craske, M.G., Roy-Byrne, P., Stein, M.B., Sullivan, G., Hazlett-Stevens, H., Bystritsky, A. & Sherbourne, C. (2006). CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behaviour Therapy*, 37, 112–9.
- Donovan, M.R., Glue, P., Kolluri, S. & Emir, B. (2010). Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 123, 9–16.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., Power, K.G. et al. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9, 1–174.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: Research version, Patient edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Hiss, H., Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801–808.
- Kircanski, K., Mortazavi, A., Castricotta, N., Baker, A.S., Mystkowski, J.L., Yi, R. & Craske, M.G. (2012). Challenges to the traditional exposure paradigm: Variability in exposure therapy for contamination fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 745–751.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (tweede revisie; 2011)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lang, A.J. & Craske, M.G. (2000). Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1–12.
- McKay, D. (1997). A maintenance program for obsessive-compulsive disorder using exposure with response prevention: 2-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 35, 367–369.
- Mendlowicz, M.V. & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669–682.
- Nadiga, D.N., Hensley, P.L. & Uhlenthuth, E.H. (2003). Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared

- to medications in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 17, 58–64.
- Öst, L.G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1–7.
- Penninx, B.W., Nolen, W.A., Lamers, F., Zitman, F.G., Smit, J.H., Spinhoven, P., ... Beekman, A.T. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133, 76–85.
- Pollack, M.H., Otto, M.W., Rosenbaum, J.F., Sachs, G.S., O'Neil, C., Asher, R. & Meltzer-Brody, S. (1990). Longitudinal course of panic disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 Suppl A, 12–16.
- Rice, D.P. & Miller, L.S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *British Journal of Psychiatry, Supplement*, 34, 4–9.
- Rowe, M.K. & Craske, M.G. (1998). Effects of varied-stimulus exposure training on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 719–734.
- Scholten, W.D., Batelaan, N.M., Balkom, A.J.L.M. van, Penninx, B.W.J.H., Smit, J.H. & Oppen, P. van (in press). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., Graaf, R. de & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: Implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 193–200.
- Stein, M.B., Cantrell, C.R., Sokol, M.C., Eaddy, M.T. & Shah, M.B. (2006). Antidepressant adherence and medical resource use among managed care patients with anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 57, 673–680.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W. & Jarret, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475–488.
- Wright, J., Clum, G.A., Roodman, A. & Febraro, G.A. (2000). A bibliotherapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 483–499.
- Yonkers, K.A., Bruce, S.E., Dyck, I.R. & Keller, M.B. (2003). Chronicity, relapse, and illness-course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173–179.