



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

COLIN VAN DER HEIDEN

Over de behandeling van angst

Doen we de goede dingen en doen we de goede dingen goed?

Angststoornissen komen vaak voor. In 2011 leden in Nederland 1.1 miljoen mensen aan een angststoornis. Eén op de vijf Nederlanders krijgt ooit in zijn leven last van een angststoornis (de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010). Angststoornissen gaan gepaard met een aanzienlijke lijdensdruk en ernstige beperkingen in het functioneren. In de top tien van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken stonden angststoornissen in 2013 op de derde plaats (de Graaf, ten Have, Tuithof, & van Dorsselaer, 2013). Het beloop van angststoornissen is niet heel gunstig: in ongeveer de helft van de gevallen verdwijnt de angststoornis in de loop der jaren, maar in de andere helft is er sprake van een langdurig beloop, met afwisselende perioden van heftige klachten, milde klachten en afwezigheid van klachten (Batelaan et al., 2010a; Batelaan et al., 2010b; Scholten et al., 2013). Angststoornissen vormen dus een belangrijk probleem: ze komen veel voor, duren vaak lang en leiden tot veel lijden.

Gelukkig bestaan er effectieve behandelingen, die bij het merendeel van de patiënten tot klachtafname leiden (Powers & Deacon, 2013). Dit is duidelijk geworden uit vele effectstudies naar vooral op exposure gebaseerde interventies voor angststoornissen. Exposuretherapie wordt op basis van deze wetenschappelijke bevindingen dan ook beschouwd als de psychologische behandeling van eerste voorkeur, zowel in internationale als in nationale multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen (van Balkom et al., 2013). Dankzij deze vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) is significante klachtreductie mogelijk gebleken bij syndromen die eerder onbehandelbaar leken, zoals de obsessieve-compulsieve stoornis. Exposuretherapie voor angststoornissen wordt dan ook wel gezien als een van de succesverhalen van de klinische psychologie en psychiatrie (Barlow, 2002; McNally, 2007).

In exposuretherapie wordt patiënten gevraagd zich bloot te stellen aan juist die situaties, gedachten of lichamelijke sensaties die angst oproepen. Het doel hiervan is om disfunctionele verwachtingen over het optreden van negatieve gebeurtenissen te ontcrachten. Patiënten met een paniekstoornis en agorafobie worden bijvoorbeeld gestimuleerd drukke situaties op te zoeken of met het open-

baar vervoer te reizen, om na te gaan of de door hen gevreesde catastrofe dan inderdaad optreedt: Vallen ze flauw? Worden ze gek? Krijgen ze een hartaanval? Of gaan ze dood? Sociaal-fobici wordt gevraagd op een verjaardag een keer zelf een onderwerp aan te snijden, om na te gaan of anderen daar inderdaad raar of ongeïnteresseerd op reageren, zoals ze zelf steeds voorspellen. Door steeds te ontdekken dat de angstige verwachtingen niet uitkomen ontstaat nieuwe, positievere kennis over de gevreesde stimuli — in dit geval drukke ruimten, openbaar vervoer of verjaardagen — en over de eigen persoon (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). En die nieuwe kennis ‘wint’ het na verloop van tijd van de ‘oude’ kennis, wanneer de patiënt met de voordien gevreesde stimulus geconfronteerd wordt. Die nieuwe kennis roept minder, of geen, angst op.

Angststoornissen zijn dus goed behandelbaar. Niet alleen exposurebehandeling, maar ook medicamenteuze behandeling of een combinatiebehandeling is werkzaam in de behandeling van angstklachten (van Balkom et al., 2013). Toch zijn er een aantal knelpunten met betrekking tot de behandeling van angststoornissen, die ik hieronder zal opnoemen.

WE DOEN NIET ALTIJD DE GOEDE DINGEN

Op basis van de overtuigende bevindingen over de werkzaamheid van exposuretherapie is de verwachting gerechtvaardigd dat (de meeste) patiënten die aan een angststoornis lijden exposuretherapie aangeboden krijgen. Helaas handelt slechts een minderheid van de professionals in de ggz naar eigen zeggen volgens de richtlijnen (Sinnema, Franx, & van 't Land, 2009). Dit heeft tot gevolg dat maar een derde van de patiënten in de ggz adequate psychotherapie ontvangt, zo bleek uit een recent Nederlands onderzoek naar de toepassing van behandelrichtlijnen (van Fenema, Giltay, Noorden, Hemert, & Zitman, 2015). Dit betekent dat twee derde van de patiënten in de ggz niet met een adequate vorm van psychotherapie wordt behandeld! Voor angststoornissen lijkt het beeld op het eerste gezicht rooskleuriger. Van vijfhonderd ondervraagde angstbehandelaars geeft 88% aan een bewezen effectieve behandeling aan te bieden, en 77% volgt hierbij naar eigen zeggen de beschikbare protocollaire behandelingen (Freiheit, Vye, Swan, & Cady, 2004). Maar opvallend genoeg geeft slechts een minderheid aan exposuretherapie toe te passen, toch een prominent onderdeel van de bewezen effectieve behandelingen voor angststoornissen. Zo gebruikt maar 30% van de behandelaars bij sociale fobie exposuretechnieken. Bij de behandeling van paniekstoornissen neemt maar 12% van de behandelaars interoceptieve exposure op in het behandelplan.

76% gebruikt nooit interoceptieve exposure. En bij dwangklachten past maar 37% frequent ERP toe, terwijl 26% dit zelden of nooit doet. Ook behandelaars die positief tegenover empirisch ondersteunde behandelingen staan blijken belangrijke interventies uit die behandeling dus vaak niet toe te passen.

Bovendien zijn er aanwijzingen dat als er al een richtlijnbehandeling aangeboden wordt, dit beperkt blijft tot de eerste stap van de richtlijn. Uit recent onderzoek bleek bijvoorbeeld dat slechts 16% van de behandelaars bij onvoldoende effect switcht van de ene naar de andere richtlijnbehandeling (imaginaire exposure en EMDR), zoals de richtlijn voorschrijft (van den Berg & van Minnen, 2014). Niettemin is uit Nederlands onderzoek bekend dat het implementeren van de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* tot betere resultaten leidt en er minder sessies nodig zijn (van Dijk, 2014). Investeren in het vaker toepassen en beter beschikbaar maken van richtlijnbehandelingen lijkt dan ook zinvol om het lijden van patiënten te verlichten. Bovendien heeft dit grote maatschappelijke en economische voordelen. Uit berekeningen op basis van data uit de *Australian National Survey of Mental Health and Well-Being* bleek dat de huidige aanpak van angststoornissen de ervaren ziektelast met 13% verlicht. Als 70% van de patiënten een richtlijnbehandeling kreeg, zou dit percentage stijgen tot 35%. Als alle angstpatiënten een richtlijnbehandeling kregen, zou zelfs 49% van de ziektelast voorkomen worden (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry, & Lapsley, 2004; Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews, & Lapsley, 2004). Dat het om heel veel geld kan gaan, werd duidelijk uit een recente *return-on-investment*-analyse (Chisholm et al., 2016), waarin over de periode 2016-2030 voor 36 landen de kosten van behandeling en de gezondheidswinst werden berekend. Uit deze analyse bleek dat de economische voordelen van investeren in meer en betere behandeling van alleen al angststoornissen in deze periode als gevolg van toegenomen productiviteit 169 miljard dollar zou bedragen. De waarde van de toegenomen gezonde levensjaren zou 50 miljard dollar bedragen. Hoewel het om berekeningen van theoretische aard gaat, pleiten deze bevindingen toch voor een verdere implementatie en navolging van richtlijnbehandelingen in de klinische praktijk.

DE GOEDE DINGEN WORDEN NIET ALTIJD GOED GEDAAN

Een tweede knelpunt is dat er zowel vanuit de literatuur als vanuit klinische indrukken aanwijzingen zijn dat wanneer een geïndiceerde richtlijnbehandeling aangeboden wordt, de interventies niet altijd op adequate wijze aan patiënten aangeboden worden. Onderstaande gevalbeschrijving is daar een voorbeeld van.

Gerard, een man van 32 jaar, is gediagnosticeerd met een obsesieve-compulsieve stoornis. Hij heeft al sinds zijn jeugd last van allerlei controlehandelingen. Hij controleert vooral of het gas, het licht en de verwarming uit zijn. Zijn grote angst is dat er brand zal uitbreken. De afgelopen jaren zijn daar agressieve intrusies bijgekomen.

In het eerste therapiegesprek vertelt Gerard dat exposuretherapie bij hem niet hielp, 'want mijn spanning is er niet door afgenomen.' Op de vraag welke oefeningen hij had uitgevoerd, antwoordde hij dat hij bijvoorbeeld de knop van de verwarming moest uitdraaien en dan niet meer mocht controleren of die uit was. Maar aan het einde van de oefeningen was hij nog steeds gespannen, zo had hij aangegeven. Hieruit had zowel Gerard als zijn behandelaar de conclusie getrokken dat exposurebehandeling onvoldoende effect sorteerde en dat een andere behandeling geïndiceerd was. Echter, bij nadere analyse bleken de exposureoefeningen niet gericht te zijn op Gerards angstige verwachtingen, wat volgens de eerder besproken moderne inzichten in exposure (Craske et al., 2008; Craske, Liao, Brown, & Vervliet, 2012) wel het geval zou moeten zijn. Dan zouden zijn exposureervaringen wellicht als succesvol zijn beleefd (omdat Gerards angstige verwachting dat er brand zou uitbreken als hij de verwarmingsknoppen niet zou controleren nooit is uitgekomen), in plaats van als mislukkingen (omdat zijn spanning onverminderd hoog bleef). Mogelijk zou de behandeling dan wel aangeslagen zijn, want door telkens te ervaren dat de gevreesde ramp niet uitkomt, had Gerard nieuwe kennis kunnen opdoen: 'Ook als ik de verwarmingsknop niet controleer, breekt er geen brand uit.' Mogelijk had dit tot gevolg gehad dat hij zijn controlehandelingen achterwege liet en wellicht ook minder spanning ervoer, of in elk geval de gevoelens van spanning beter kon verdragen.

Een ander voorbeeld is de patiënt met een paniekstoornis met agorafobie die bij de nabespreking van zijn exposureoefeningen rapporteert dat hij erg gespannen was of zelfs in paniek was geraakt. Ook dan wordt regelmatig door zowel behandelaar als patiënt de conclusie getrokken dat exposuretherapie niet werkt, terwijl de vraag of de gevreesde catastrofe is opgetreden patiënten er bewust van kan maken dat, zelfs als de spanning hoog oploopt, ze niet flauwvallen, gek worden, een hartaanval krijgen of doodgaan. Daarna kan besproken worden hoeveel bewijs de patiënt nog denkt nodig te hebben alvorens hij gelooft dat het slechts om gevoelens gaat die weliswaar hinderlijk en naar zijn, maar geen voorboden van naderend onheil. Exposuretherapie moet dus gericht zijn op het disconfirmeren van de beangstigende verwachtingen van patiën-

ten en niet op het nastreven van angstdaling in de gevreesde situaties, zoals bij Gerard en de patiënten met paniek het geval was.

Toch is het niet verbazingwekkend dat exposureoefeningen in de praktijk nog vaak aangeboden worden vanuit de idee dat er een angstdaling moet plaatsvinden. In de literatuur over exposure wordt hier namelijk nog altijd vaak van uitgegaan. Zo staat in het *Leerboek psychotherapie* beschreven (Bögels, 2009, p. 215) dat het 'essentieel is dat habituatie plaatsvindt, dus dat de exposure net zolang wordt volgehouden tot de habituele respons (bijvoorbeeld angst) aanmerkelijk gedaald is'. In buitenlandse handboeken over exposure staan vergelijkbare adviezen. Abramowitz, Deacon en Whiteside (2012) adviseren bijvoorbeeld in hun *'definitive book on contemporary exposure-based treatment'* dat patiënten in de exposuresituatie moeten blijven tot ze een significante afname van hun angst ervaren, terwijl zoals beschreven bekend is dat niet habituatie verantwoordelijk is voor de blijvende angstreductie als gevolg van exposuretherapie, maar dat het gaat om extinctie: het opdoen van nieuwe inhibitorische kennis over stimuli, zoals: 'Panieksymptomen zijn naar, maar voorspellen geen hartaanval' (Craske et al., 2014). De opzet van exposureoefeningen moet dan ook gericht zijn op wat patiënten dienen te leren: dat de gevreesde stimuli geen voorspeller zijn van een ramp, en dat die patiënten symptomen van angst en spanning kunnen verdragen. Ook dat laatste is immers vaak een angstige verwachting van patiënten: dat ze de gevoelens van angst en spanning niet aankunnen.

Door meer in te zetten op exposure volgens de principes van extinctie in plaats van habituatie kan naar verwachting winst geboekt worden bij de behandeling van angststoornissen. Maar ook dan zijn er valkuilen waar behandelaars alert op moeten zijn. Ik geef hiervan weer een voorbeeld. In een workshop voor een ervaren groep angstbehandelaars over moderne inzichten in exposure werden in subgroepjes vastgelopen casussen besproken. Een van die casussen was een patiënte met een liftfobie. Bij deze patiënte was de angstige verwachting netjes in kaart gebracht. De behandelaar oefende eerst zelf samen met de patiënte, en vervolgens ging de patiënte alleen de lift in. Maar toch bleef ze angstig voor liften. Tijdens het analyseren van het verloop van de oefeningen werd duidelijk dat wanneer de patiënte naar een lift ging, ze eerst een tijdje toekeek en dan pas de lift inging. De vraag is nu wat er gebeurde terwijl ze 'een tijdje toekeek.' Mogelijk ging de patiënte na of de lift veilig genoeg was om in te stappen: Hoe zag de lift eruit? Hoe keken de mensen die eruit stapten? Ging de lift zonder haperen naar boven en naar beneden? Gingen de deuren wel goed open? Misschien stapte de patiënte pas in een lift als ze had ingeschat dat de lift veilig was. Op die manier leek ze de exposureoefening wel uit te voeren,

maar zonder resultaat. Heeft de exposuretherapie nu niet gewerkt? Of is de exposuretherapie niet goed uitgevoerd? Beide opties zijn mogelijk. Maar de kans bestaat dat deze patiënte de lift eerst 'keurde' en pas instapte als ze hem als veilig had beoordeeld. In dat geval is het gebrek aan resultaat van de exposureoefeningen verklaarbaar. Dan leerde deze patiënte van haar oefeningen dat de betreffende lift veilig was, terwijl ze om haar fobische angst te overwinnen moest leren dat liften in het algemeen veilig zijn. Ze zou in de behandeling moeten oefenen met het opzoeken van (verschillende) liften, waar ze meteen instapt zonder ze eerst te 'keuren'. Ze moet, met andere woorden, haar veiligheidsgedrag achterwege laten.

NIET IEDEREEN WORDT BETER

Maar zelfs als de goede dingen goed gedaan worden, wordt niet elke patiënt met een angststoornis beter. Zo voldoet slechts 60% van de patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis na exposure met responspreventie aan de criteria voor herstel (Fisher & Wells, 2005) en raakt maar 25% symptoomvrij. Ook bij patiënten met een gegeneraliseerde-angststoornis is maar ongeveer de helft na CGT hersteld (Fisher, 2006). Na het volgen van alle stappen van de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen heeft ongeveer één op de vijf patiënten nog altijd last van angstklachten (van Balkom et al., 2013). Deze cijfers laten zien dat er ruimte is voor verbetering op het gebied van de behandeling van angststoornissen.

De vraag is langs welke weg die verbetering bereikt dient te worden. Een weg die de afgelopen twee decennia in toenemende mate is bewandeld, is de ontwikkeling van diverse nieuwe therapievormen. Tot nu toe hebben die nieuwe therapieën echter niet geleid tot doorbraken in de effectiviteit van de behandeling van psychische aandoeningen (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008). Ze zijn hooguit ongeveer even effectief. Het lijkt daarom zinvoller om de beschikbare bronnen (tijd, energie en geld) te besteden aan het ontwikkelen van manieren om de effectiviteit van beschikbare effectieve behandelingen te vergroten. Vanuit deze bijzondere leerstoel zal daar op een aantal manieren (hopelijk) een bijdrage aan worden geleverd.

VERGROTEN VAN DE EFFECTIVITEIT VAN BESTAANDE
BEHANDELINGEN

¶ I. Vaker en adequater aanbieden van bewezen effectieve behandelingen
Een eerste manier om de effectiviteit van bestaande behandelingen te verbeteren is door het vaker en beter uitvoeren van bestaande effectieve behandelingen voor angststoornissen. Een betere en doorlopende training van therapeuten in het toepassen van effectieve behandelingen voor angststoornissen is hierbij essentieel. In zulke trainingen moet (veel) meer nadruk worden gelegd op de principes achter de interventies, zodat moderne inzichten — in dit geval met betrekking tot exposure — de klinische praktijk beter en sneller bereiken. Daar ligt een belangrijke taak voor opleiders.

Ook een betere integratie van patiëntgebonden onderzoek en de klinische praktijk kan helpen om de effectiviteit van effectieve interventies te vergroten. Een voorwaarde hiervoor is dat onderzoek nauwer verbonden wordt met de klinische praktijk. Dit kan worden bewerkstelligd door patiëntgebonden onderzoek specifiek te richten op voor patiënten relevante vragen, en patiënten nadrukkelijk te betrekken bij het opzetten van dergelijk onderzoek (European Science Foundation, 2011). Verder kunnen onderzoeksvoorstellen worden opgesteld in nauwe samenwerking met de klinische settings die kunnen profiteren van de bevindingen (Munk-Jørgensen et al., 2015) en kan in onderzoeksvoorstellen standaard een paragraaf worden opgenomen over de implementatie van de bevindingen.

Last but not least kan de kloof tussen wetenschap en praktijk wellicht het beste overbrugd worden door meer ruimte te bieden aan *scientist-practitioners* (Munk-Jørgensen et al., 2015): behandelaars die patiënten willen behandelen en tegelijkertijd in wetenschappelijk onderzoek willen participeren. Zij kunnen ertoe bijdragen dat nieuwe kennis geïmplementeerd wordt binnen de gangbare werkwijze van een ggz-instelling. Daar ligt een belangrijke taak voor praktijkinstellingen, die overigens meer taken hebben op dit vlak, want geven zij behandelaars de tijd om zich bewezen effectieve behandelingen goed eigen te maken? Uit diverse studies blijkt dat behandelaars dit niet zo ervaren (Munk-Jørgensen et al., 2015). De belangrijkste prestatie-indicator lijkt productie te zijn, en niet zozeer kwaliteit. En wordt er gestuurd op het adequaat uitvoeren van effectieve behandelmethoden? Of op het voorkomen van *therapist drift*: het niet of niet adequaat aanbieden van een behandeling, bijvoorbeeld door af te wijken van het behandelplan en er niet meer op terug te komen, door te verzanden in ‘praten over’ in plaats van doen, of door geen consequenties te verbinden aan het niet uitvoeren van huiswerkafspraken? De eerdergenoemde cijfers over het

volgen van richtlijnbehandelingen en het toepassen van exposure-therapie bij angststoornissen doen vermoeden dat dergelijke sturing vanuit praktijkinstellingen te weinig plaatsvindt, terwijl we zoals gesteld weten dat het implementeren van de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* leidt tot een groter effect van angstbehandelingen (van Dijk, 2014). Met Edwin de Beurs (van de Rijksuniversiteit Leiden) en Kees Korrelboom (van Tilburg University en PsyQ) willen we nog een stapje verdergaan. We gaan in de curatieve ggz onderzoeken of, wat wij noemen, ‘resultaatgestuurd behandelen’ leidt tot een toename van zowel de effectiviteit als de efficiëntie van de behandeling van angststoornissen. De voorgestelde aanpak zal bestaan uit:

- 1 het opstellen van SMART geformuleerde, veranderingsgerichte behandeldoelen;
- 2 de behandeling expliciet richten op die doelen, en aldus *therapist drift* voorkomen;
- 3 adequaat gebruikmaken van bewezen effectieve interventies om de doelen te bereiken;
- 4 geregeld monitoren van de voortgang wat betreft de behandeldoelen en de uitkomsten daarvan nadrukkelijk laten meewegen in de verdere uitvoering van het behandelplan;
- 5 het voortzetten van de behandeling mede laten afhangen van de mate waarin patiënten hun therapeutische taken uitvoeren.

De essentie van deze aanpak is dat het bereiken van de afgesproken doelen het kompas is waarop de behandeling vaart. Het bereiken van die doelen wordt nagestreefd met behulp van bewezen effectieve interventies, waarbij van zowel behandelaar als patiënt een actieve inzet wordt gevraagd. De behandeling stopt wanneer de doelen in voldoende mate bereikt zijn, maar ook als duidelijk is dat ze op dit moment niet bereikt kunnen worden. In een clustergerandomiseerd onderzoek willen we nagaan of therapeuten die volgens deze aanpak werken minstens vergelijkbare resultaten boeken, in minder tijd, dan therapeuten die op de gangbare manier behandelingen aanbieden (zie ook: Korrelboom, 2016).

¶ 2. *Interventies richten op specifieke factoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling en instandhouding van angststoornissen*

Ook door interventies te richten op de specifieke factoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling of instandhouding van angstklachten kan de effectiviteit van bewezen effectieve interventies vergroot worden. Een voorbeeld hiervan is de metacognitieve therapie (MCT) voor patiënten met een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS), waarnaar onze onderzoeksgroep veel onderzoek heeft

gedaan. Deze stoornis wordt gekenmerkt door overmatige angst en aanhoudend piekeren over verschillende zaken, gedurende minstens een halfjaar. De angst en het gepieker worden als onbeheersbaar beleefd (American Psychiatric Association, 2013). Het gepieker gaat vaak over heel alledaagse zaken, zoals over welke boodschapen iemand moet doen voor een aankomend verjaardagsfeestje, of zijn dochtertje wel veilig met de fiets op school is aangekomen, of de gezondheidsklachten van zijn partner niet op een ernstige ziekte duiden, en ga zo maar door. Het gaat om zaken die de meesten van ons wel herkennen, hoewel ik natuurlijk hoop dat u dit soort zorgen niet dagelijks heeft, zoals bij GAS-patiënten vaak wel het geval is. Juist uit het feit dat de onderwerpen waarover GAS-patiënten piekeren voor velen herkenbaar zijn, en omdat iedereen weleens piekert, ontstond de vraag of het piekeren zelf wel het centrale probleem was. Moest er niet veeleer gezocht worden naar factoren die ertoe bijdragen dat piekeren ontstaat en niet vanzelf weer overgaat? Adrian Wells ontwikkelde halverwege de jaren negentig een model waarin niet het gepieker zelf als het probleem wordt gezien, maar de metacognitieve opvattingen die mensen over hun eigen gepieker hebben (Wells, 1995). Het gaat daarbij om positieve opvattingen, zoals: 'Door te piekeren ben ik goed voorbereid op mogelijke problemen,' of: 'Door mijn gepieker kan ik narigheid voorkomen.' In het model van Wells wordt piekeren door patiënten dus gezien als iets nuttigs, iets wat helpt. Zulke opvattingen over piekeren blijken niet specifiek voor patiënten met een GAS. Ook andere angstpatiënten hebben ze, en ook mensen zonder een angststoornis. Het tweede type metacognities is wel specifiek voor patiënten met GAS. Dit zijn de negatieve opvattingen over piekeren, zoals: 'Piekeren is onbeheersbaar,' of: 'Als mijn gepieker niet stopt, draai ik er straks nog van door.' Piekeren wordt dus als onbeheersbaar en gevaarlijk gezien. Men wordt bang van het eigen gepieker, en dit leidt tot een escalatie van de angst.

Door de interventies niet op het piekeren zelf te richten, maar op de opvattingen over piekeren, zijn de mogelijkheden om de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) te behandelen verbeterd. Uit eigen onderzoek onder 126 patiënten met een GAS (van der Heiden, Muris, & van der Molen, 2012) bleek dat MCT na gemiddeld elf sessies leidde tot een significante en grote afname van zowel piekeren en angst, als comorbide algemene psychische klachten en somberheid. Dit was het geval zowel aan het einde van de behandeling, als bij de follow-upmeting na een halfjaar. Ook vonden we dat MCT op beide meetmomenten op bijna alle uitkomstmaten tot een significant grotere klachtreductie leidde dan *intolerance-of-uncertainty-therapie* (IUT; Dugas & Robichaud, 2007), een andere vorm van CGT die specifiek voor GAS werd ontwikkeld. Het interessantst waren wellicht

de herstelpercentages: na MCT was 72% van de patiënten hersteld, tegenover 48% in de andere behandelconditie. Daarnaast bleek nog eens 21% betrouwbaar verbeterd te zijn. In totaal profiteerde dus 93% van de patiënten van de behandeling. Ter vergelijking: uit een heranalyse van elf effectstudies naar CGT voor GAS bleek dat overall 40% voldeed aan de criteria voor herstel, terwijl het hoogste herstelpercentage 60% bedroeg (Fisher, 2006).

In een vervolgstudie werd gevonden dat de resultaten van MCT stabiel bleken over de volgende twee en een half jaar, zonder verdere behandeling (van der Heiden & Melchior, 2014). Nog steeds was driekwart van de patiënten hersteld. Dit kan gezien worden als het belangrijkste resultaat van deze studie. Immers, patiënten beter maken is één ding, maar ze zonder verdere behandeling beter houden is iets heel anders. Op basis van onder andere dit onderzoek is MCT in Engeland opgenomen in de richtlijn voor de behandeling van angststoornissen als een van de psychologische behandelingen van eerste voorkeur voor GAS (NHS, 2012). Hopelijk gebeurt dit ook in de eerstvolgende update van de Nederlandse richtlijnen.

INTERMEZZO

Nu denkt u wellicht: metacognitieve therapie? Dat klinkt als een nieuwe therapievorm. En dat moesten we toch juist niet meer doen? Het laatste klopt, het eerste niet: MCT is geen nieuwe therapie. Als we niet kijken naar de door de bedenker veronderstelde theoretische werking, maar naar wat er daadwerkelijk gebeurt in de therapiekamer, blijkt het volgende. De opvattingen over piekeren worden in de therapiekamer op hun houdbaarheid onderzocht met standaard cognitief-gedragstherapeutische technieken: socratische dialogen, gedachteschema's en gedragsexperimenten. Het zijn dezelfde interventies die gebruikt worden in 'gewone' CGT voor GAS. Het belangrijkste verschil is gelegen in het type gedachten waarop de interventies zich richten: op de opvattingen over piekeren, in plaats van op de zorgen zelf. Dit lijkt gezien de grote effectiviteit van MCT overigens wel een heel belangrijk verschil. Maar MCT is dus eerder een verbijzondering van CGT dan een heel nieuwe therapievorm.

Bij GAS is dus de werkzaamheid van MCT inmiddels aangetoond. Of het ook bij andere angststoornissen zinvol is de interventies te richten op metacognities is nog maar de vraag. Er is nog maar zeer beperkt onderzoek gedaan bij andere angststoornissen, vaak case-studies of pilotonderzoeken met kleine aantallen deelnemers (Wells, 2009). Daaraan kunnen nog geen definitieve conclusies ver-

bonden worden. Recent heeft onze onderzoeksgroep een pilot-study naar de werkzaamheid van MCT uitgevoerd onder 25 patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (van der Heiden, van Rossen, Dekker, Damstra, & Deen, 2016), met veelbelovende resultaten. Na gemiddeld 14,6 sessies bleek er sprake van een significante en grote afname van zowel dwangsymptomen als van secundaire depressieve en algemene psychische klachten. Van de 19 patiënten die de studie afmaakten, bleek driekwart (74%) aan het einde van de behandeling hersteld te zijn. Bijna de helft (47%) was zelfs symptoomvrij. De effecten bleken behouden te zijn gebleven na een therapievrije periode van drie maanden. Ter herinnering: exposure met responspreventie leidt bij ongeveer 60% van de patiënten die de behandeling afmaken tot herstel, terwijl 25% na afloop van de behandeling symptoomvrij is. Op basis van de veelbelovende resultaten van de pilotstudy is inmiddels een grote RCT gestart, waarin MCT vergeleken wordt met de psychologische behandeling van eerste voorkeur voor dwang, namelijk exposure met responspreventie (van Rossen, Franken, Deen, & van der Heiden, ter publicatie aangeboden).

¶ 3. *Virtual reality exposure therapy (VRET) en beeldbellen*

Een andere veelbelovende ontwikkeling om de behandeling van angststoornissen te verbeteren, is het inzetten van moderne technologische middelen bij de behandeling. Het kan dan gaan om virtual-reality-behandelingen, waarvan de effectiviteit inmiddels bij verschillende angststoornissen in vier onafhankelijke meta-analyses vastgesteld is (Page & Coxon, 2016). Toch wordt de effectiviteit nog vaak ter discussie gesteld vanwege drie belangrijke methodologische tekortkomingen van de onderzoeken: kleine onderzoeksgroepen, gebrek aan (geschikte) controlegroepen, en een gebrek aan gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken. Uit een recent literatuuronderzoek uitgevoerd door Page en Coxon (2016) bleek dat deze bezwaren niet meer gelden voor de angst voor spinnen en voor de angst om in het openbaar te spreken. Voor agorafobie, vliegangst en hoogtevrees golden de bezwaren nog deels, maar voor de post-traumatische-stressstoornis waren de bezwaren nog altijd relevant: in studies naar de werkzaamheid van VRET bij PTSS worden meestal maar kleine aantallen deelnemers betrokken, terwijl controlegroepen vaak ontbreken. Ook wordt slechts in een kwart van de studies gebruikgemaakt van een RCT-design.

In een lopend project van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de TU Delft wordt een virtual-reality-behandeling getest bij patiënten met vroegkinderlijk misbruik en bij militairen met een oorlogstrauma. Daarin kunnen patiënten zich thuis op hun eigen pc blootstellen aan hun traumatische ervaringen met behulp van het

Multi-Modal Memory Restructuring System (3MR system; Brinkman, Vermetten, van de Steen, & Neerincx, 2011). Dit systeem stelt hen in staat de traumatische ervaring visueel te maken met behulp van persoonlijke foto's, tekstuele beschrijvingen, online geografische kaarten en een door hen zelf gecreëerde 3D-omgeving. In een ongecontroleerde pilotstudy onder 43 online geworven deelnemers met vroegkinderlijk trauma bleek dat na acht VRET-sessies in vier weken zowel PTSS-klachten als depressieve symptomen significant waren afgenomen. Twee derde van de deelnemers voldeed na afloop niet langer aan de criteria voor de bij aanvang gestelde diagnose: PTSS, dan wel een depressieve stoornis (van Meggelen et al., 2014). Deze resultaten waren zo veelbelovend dat we de VRET-behandeling nu in een gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek direct vergelijken met reguliere PTSS-behandeling. Als VRET effectief blijkt, dan is dat een waardevolle aanvulling op de beschikbare behandelingen voor PTSS. Juist bij deze groep patiënten, die vaak geconfronteerd worden met lange wachtlijsten in de sggz, kan het zinvol zijn als snel gestart wordt met het aanbieden van deze online behandeling. Mogelijk blijkt dat in een aantal gevallen afdoende en kan de behandeling afgerond worden.

Ook vormen van beeldbellen kunnen een zinvolle ondersteuning zijn bij de behandeling van angstklachten. Op die manier kunnen we bijvoorbeeld een groep patiënten bereiken die anders moeilijk in behandeling komt, zoals patiënten met zulke sterke agorafobische angsten dat ze niet naar de behandellocatie durven komen. Door de eerste sessies via beeldbellen te doen, krijgen we patiënten wellicht zover dat ze naar volgende sessies kunnen komen. Op die manier kunnen ook zij profiteren van de beschikbare effectieve behandelingen. Maar beeldbellen kan ook ingezet worden bij het coachen van patiënten terwijl ze exposureoefeningen uitvoeren, bijvoorbeeld door via een iPad of ander mobiel apparaat contact te houden met een patiënt met smetvrees die als exposureoefening de wc-bril moet aanraken zonder daarna zijn handen te wassen. Op een efficiënte manier (er is immers geen reistijd) kan de behandelaar zicht houden op het verloop en de uitvoering van exposureoefeningen in de thuissituatie van de patiënt. Raakt de patiënt de wc-bril inderdaad aan? Doet hij dat met zijn hele hand, alleen met zijn vingers, of met maar één vinger? Durft hij daarna zijn kleding aan te raken? En zijn gezicht? Of zijn hand door zijn haar te halen? Allemaal relevante zaken, die een behandelaar anders niet ziet en die de patiënt zelf wellicht niet eens doorheeft. Het zijn ook allemaal zaken die van betekenis zijn voor het succes van de behandeling. Eerste onderzoeken hebben laten zien dat dit een zinvolle aanpak kan zijn (Goetter, Herbert, Forman, Yuen, & Thomas, 2014; Vogel et al., 2012, 2014). Ook onderzoek naar de toegevoegde

waarde van dit soort toepassingen binnen bestaande behandelingen voor angststoornissen is een speerpunt binnen deze leerstoel.

¶ 4. Toevoegen van interventies uit de positieve psychotherapie

Een laatste manier om de effectiviteit van angstbehandelingen te vergroten die hier wordt besproken is het toevoegen van interventies vanuit de positieve psychologie. Ook hier bestaan inmiddels verschillende stromingen, zoals de *well-being therapy* (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998), de *strength-based therapy* (Padesky & Mooney, 2012) en de positieve psychotherapie (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Zij hebben als gemeenschappelijk uitgangspunt dat therapie niet alleen gericht moet zijn op het wegnemen van klachten, maar ook op het vergroten van het welbevinden en het verbeteren van het functioneren. Geestelijke gezondheid is tenslotte niet hetzelfde als louter de afwezigheid van geestelijke ziekte (World Health Organization, 2005). Voor het emotioneel welbevinden van mensen is ook de aanwezigheid van positieve gevoelens en tevredenheid met het eigen leven van belang (Diener, 1984). Onderzoek naar de effectiviteit van positieve psychotherapievormen is tot nu toe vooral uitgevoerd bij patiënten met depressieve klachten. Bij angststoornissen laten eerste onderzoeken bij GAS zien dat het aan de standaardbehandeling toevoegen van interventies gericht op het versterken van welbevinden leidt tot een toename van welbevinden, maar ook tot een sterkere afname van angstklachten (Ruini & Fava, 2009), niet alleen direct na afloop van de behandeling, maar ook bij een follow-upmeting een jaar later. Er is echter veel meer onderzoek nodig bij patiënten met angststoornissen om uitspraken te kunnen doen over de zinvolheid van de toevoeging van positieve interventies aan klachtgerichte interventies. Een project om dit te toetsen bij patiënten met verschillende angststoornissen is in voorbereiding.

TOT BESLUIT

De hoofdpunten van dit betoog kunnen als volgt samengevat worden:

- ▶ Angststoornissen komen veel voor en leiden tot aanzienlijk lijden.
- ▶ Angststoornissen zijn goed behandelbaar met cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie.
- ▶ Veel patiënten met een angststoornis ontvangen niet de geïndiceerde behandeling.
- ▶ De geïndiceerde behandeling wordt niet altijd goed uitgevoerd.

- ▶ Nieuwe therapieën hebben niet geleid tot doorbraken in de effectiviteit van de behandeling van angststoornissen.
- ▶ Er zouden tijd, geld en energie gestoken moeten worden in het verbeteren van reeds bestaande effectieve behandelingen.

Dit artikel is een bewerking van de oratie Over de behandeling van angst: doen we de goede dingen en doen we de goede dingen goed? die prof. dr. Colin van der Heiden op 1 juli 2017 uitsprak bij de officiële aanvaarding van zijn leerstoel Geestelijke Gezondheidszorg aan het Department of Psychology, Education, and Child Studies van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

PROF. DR. COLIN VAN DER HEIDEN, gz-psycholoog i.o. tot specialist-psychotherapeut, is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en als psychotherapeut aan het zorgprogramma Angststoornissen van PsyQ.

Referenties

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2012). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York/London: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.) (DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: The Guilford Press.
- Batelaan, N. M., de Graaf, R., Penninx, B. W. J. H., van Balkom, A. J. L. M., Vollebergh, W. A. M., & Beekman, A. T. F. (2010a). The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychological Medicine*, 40, 147-157.
- Batelaan, N. M., de Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., Vollebergh, W. A. M., & Beekman, A. T. F. (2010b). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 30-38.
- Bögels, S. (2009). Gedragsprocessen. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels, & W. Trijsburg, (Red.), *Leerboek psychotherapie* (pp 213-221). Utrecht: De Tijdstroom.
- Brinkman, W. P., Vermetten, E., van den Steen, M. M., & Neerincx, M. A. (2011). Cognitive engineering of a military multi-modal memory restructuring system. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation*, 4, 1-27.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415-424.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Craske, M., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). The role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 322-345.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure ther-

- apy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- de Graaf, R., ten Have, M., Tuithof, M., & van Dorsselaer, S. (2013). First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of Affective Disorders*, 149, 100-107.
- de Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York/London: Routledge.
- European Science Foundation. (2011). *Implementation of medical research in clinical practice*. Geraadpleegd juni 2016 op www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/Implem_MedResearch_ClinPractice.pdf
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- 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: Wiley.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behavior Therapist*, 27, 25-32.
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 460-462.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35.
- Korrelboom, K. (2016). Denkers en doeners in de klinische psychologie: Why the twain must meet. *Directieve Therapie*, 36, 96-112.
- McNally, R. J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27, 750-759.
- Munk-Jørgensen, P., Blanner Kristiansen, C., Uwawke, R., Larsen, J. I., Okkels, N., Christiansen, B., & Hjorth, P. (2015). The gap between available knowledge and its use in clinical psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132, 441-450.
- NHS Evidence (2012). *Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012*. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioral therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 283-290.
- Page, S., & Coxon, M. (2016). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: Small samples and no controls? *Frontiers in Psychology*, 7, 1-4.
- Powers, M. B., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of empirically supported treatments for anxiety disorders: Introduction to the special issue. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 743-744.

- Ruini, C., & Fava, G.A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 510-519.
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., Penninx, B. W., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147, 180-185.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774.
- Sinnema, H., Franx, G., & van 't Land, H. (2009). *Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ: Zicht op factoren die van invloed zijn op het gebruik en maatregelen om het gebruik te stimuleren: Themaportage GGZ 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Balkom, A. J. L. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (namens de Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnonwikkeling Angststoornissen/Depressie) (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van den Berg, M., & van Minnen, A. (2014). EMDR en exposure, waarom niet? *De Psycholoog*, 6, 10-19.
- van der Heiden, C., & Melchior, K. (2014). A 30-month follow-up of generalized anxiety disorder: Status after metacognitive therapy and intolerance of uncertainty-therapy. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 2, 434-438.
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Effectiveness of cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- van der Heiden, C., van Rossen, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- van Dijk, M. K. (2014). *Applicability and effectiveness of the Dutch multidisciplinary guidelines for the treatment of anxiety disorders in everyday clinical practice (Academisch proefschrift)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- van Fenema, E., Giltay, E., Noorden, M., Hemert, A., & Zitman, F. (2015). Assessing adherence to guidelines with administrative data in psychiatric outpatients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21, 620-625.
- van Meggelen, M., Brinkman, W. P., Franken, I., Wanmaker, S., van Schie, K., van der Heiden, C., ... Geeraerts, E. (2014). *A pilot study on the usefulness of virtual reality exposure therapy for survivors of childhood sexual abuse (Intern rapport)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- van Rossen, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (ter publicatie aangeboden). A randomized trial to compare metacognitive therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Design and methods.
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Håland, A. T., & Himle, J. A. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 158-164.
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, A. T., ... Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 62-168.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. London: Guilford Press.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.