

Terugvalpreventie bij angststoornissen



Peter (41) zit opnieuw in de wachtkamer van de GGZ instelling waar hij drie jaar geleden de behandeling voor zijn sociale fobie succesvol afgesloten heeft. Hij herinnert zich hoe fijn het was dat hij destijds weer bijna alles durfde te doen. Vergaderingen voorzitten, een andere mening verkondigen en zelfs een toespraak houden bij het 10-jarig bestaan van zijn bedrijvigging hem gemakkelijk af. En nu zit hij opnieuw te wachten op een afspraak met dezelfde psycholoog als toen, want de angst is terug.

Hij merkte het doordat hij weer zenuwachtig werd bij presentaties en vergaderingen, het zweet stond op zijn rug en naderhand was hij uitgeput van alle spanning. Inmiddels vermijdt hij dit soort bijeenkomsten. Vorige week meldde hij zich ziek op zijn werk. Peter vraagt zich af hoe dit nu kan. Hij reageerde destijds zo goed op de behandeling. Hij bedenkt zich dat er de laatste tijd wel veel stress was in zijn privéleven, een verhuizing, problemen op school met zijn jongste dochter en misschien heeft het afbouwen van de antidepressiva die hij voor de angst slikte ermee te maken.

Angststoornissen zijn tegenwoordig goed te behandelen. De meeste angststoornissen worden behandeld met antidepressiva, cognitieve gedragstherapie (CGT) of een combinatie van beide. Percentages van succesvolle behandelingen gaan voor sommige angststoornissen richting de tachtig procent. Toch spreken we bij angststoornissen ook over 'een slecht beloop', waarbij angststoornissen op de lange termijn niet zo gunstig verlopen. Dit komt doordat een groep mensen niet herstelt en een chronische stoornis ontwikkelt en een grote groep mensen na herstel een terugkeer van de klachten krijgt. In het laatste geval spreken we

van terugval of recidief. Dit artikel zal gaan over de groep mensen die terugvalt na herstel.

Terugvalpreventieplan

Terugvalcijfers zijn hoog. In een groot Amerikaans onderzoek zijn mensen die hersteld zijn van een angststoornis twaalf jaar lang gevolgd om te kijken hoe het ze vergaat. Het blijkt dat binnen twaalf jaar veertig tot zestig procent van de mensen opnieuw dezelfde angststoornis heeft gekregen. 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

hier nog medicijnen voor slikken. Voor de groep mensen die antidepressiva voor hun angststoornis gebruiken, daarvan hersteld zijn en de antidepressiva vervolgens willen gaan afbouwen, is de terugvalkans al direct na het afbouwen groot. Zo blijkt uit een onderzoek naar het staken van antidepressiva bij herstelde mensen met een sociale fobie dat 36 procent al binnen zes maanden na het afbouwen van de medicijnen terug is gevallen. Voor de paniekstoornis wordt in een vergelijkbaar onderzoek een terugvalpercentage van 37 procent binnen 10 weken gevonden. Gezien de hoge terugvalcijfers is er een noodzaak om behandelmethoden

te ontwikkelen om terugvalkans te verminderen. Om die reden wordt in de Multidisciplinaire Richtlijn voor Angststoornissen die momenteel herzien wordt, terugvalpreventie nu ook expliciet genoemd als laatste stap na een succesvolle behandeling. Ook werd al in de vorige Richtlijn (2003) geadviseerd om na een cognitief gedragstherapeutische behandeling een zogenaamd 'terugvalpreventieplan' te maken.

Voor veel behandelaars zal 'terugvalpreventie' een nieuwe stap zijn na de behandeling, die zij niet gewend zijn om te doen. Het zal voor sommige behandelaars waarschijnlijk al wennen zijn om de kans op terugval bespreekbaar te maken. Grote kans dat de psycholoog van Peter bij het afsluiten van de behandeling de kans op terugval niet besproken heeft. Men wil geen domper op de feestvreugde zetten. De patiënt is hersteld en zowel de therapeut als de patiënt zijn blij en opgelucht en je kunt je dan ook bijna niet voorstellen dat het weer mis zal gaan. Toch is het belangrijk om de kans op terugval te bespreken en hier gericht aandacht aan te besteden. Maar hoe?

Cognitieve gedragstherapie

Het ligt voor de hand om bij terugvalpreventie te denken aan interventies op het gebied van antidepressiva of CGT omdat de state-of-the-art behandeling voor angststoornissen bestaat uit antidepressiva en/of cognitieve gedragstherapie (CGT). Van deze behandelmethoden is het effect onomstotelijk aangetoond. Op het gebied van antidepressiva zou bijvoorbeeld aan patiënten geadviseerd kunnen worden om de medicijnen langdurig te gebruiken. Er zijn namelijk vol-

doende aanwijzingen dat dit de kans op terugval verkleint ten opzicht van stoppen. Voor een (kleine) groep mensen die antidepressiva slikt is dit een goede optie. Maar er kleven voor veel andere mensen bezwaren aan het langdurig gebruik ervan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de (seksuele) bijwerkingen, 'het ook eens zonder pillen willen kunnen' en het feit dat mensen het in het algemeen heel slecht volhouden om medicijnen te blijven slikken. Een ander nadeel is dat we niet weten hoe lang iemand dan door moet gaan met het innemen van de medicijnen. Een paar jaar? Levenslang? Voor de mensen die geen antidepressiva slikken of die er niet langdurig mee willen doorgaan, zou een terugvalpreventie methode die gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie zinvol kunnen zijn. We weten ook uit een zeer beperkt aantal onderzoeken dat CGT kan helpen om terugval te voorkomen bij angststoornissen en/of bij het afbouwen van medicatie na herstel van een angststoornis. Ook bij terugkerende depressies blijkt het aanbieden van een speciale cognitieve therapie op het moment dat mensen hersteld zijn, te leiden tot minder kans op een volgende depressie. Hoe zou zo'n CGT om terugval te voorkomen en nu uit moeten zien?

Risicofactoren terugval, 'restvermijding' en 'gevaarsopvattingen'

Een cognitief gedragstherapeutische terugvalpreventie zou dan gegeven kunnen worden aan mensen die hersteld zijn van een angststoornis. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende onderdelen:

- Het maken van een terugvalpreventieplan. In zo'n plan wordt op-

genomen wat de eerste symptomen zijn die kunnen 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. Dit zou er uit kunnen zien als in onderstaand schema.

- Exposure in vivo gericht op de 'restvermijding'. Het lijkt erop dat het hebben van restsymptomen - waaronder het nog vermijden van bepaalde situaties - het risico op terugval vergroot. Om die reden lijkt het zinvol om deze restvermijding te doorbreken. Er zijn bijvoorbeeld ex-paniekpatiënten die vrijwel alles weer durven te doen, maar nog steeds niet in het midden durven te gaan zitten in de bioscoop. Of die toch altijd nog dat stripje oxazepam in hun tas hebben zitten en niet zonder tas van huis gaan. Hen zou dan gevraagd kunnen worden een lijst te maken van deze vermijdingen en deze situaties te gaan opzoeken: een keer naar de film en wel in het midden gaan zitten; de oxazepam thuis laten of zelfs weggooien. Zij zullen dan merken dat de mogelijke 'ramp' die ze vrezen niet optreedt.

- Cognitieve therapie gericht op de onderliggende 'gevaarsopvattingen'. De cognitieve theorie (model van Beck) gaat er vanuit dat mensen kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van angst doordat ze bepaalde angstige onrealistische opvattingen hebben over zichzelf, de wereld en anderen, ook wel 'gevaarsopvattingen' genoemd. Als je deze opvattingen kunt opsporen en veranderen, dan zou men minder kwetsbaar moeten worden voor terugkeer van de klachten. Iemand die bijvoorbeeld de gevaarsopvatting heeft 'als ik mijn

Risicofactoren	Signalen	Wat kan ik doen?
<ul style="list-style-type: none"> - Weinig slapen - Ruzie met echtgenote - Vakanties - Over een paar maanden gaan verhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> - Licht gevoel in mijn hoofd met autorijden - Autorijden gaan vermijden (met anderen meerijden) - Winkelen op drukke tijdstippen vermijden - Prikkelbaar zijn 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermijden doorbreken met exposureoefeningen - Negatieve gedachten uitdagen - Weer medicatie gaan slikken - Risicofactoren aanpakken: bijvoorbeeld vroeger naar bed gaan - Met partner bespreken - Huisarts of psycholoog bellen

onzekerheid toon, dan word ik afgewezen', zal mogelijk heel angstig worden wanneer hij of zij bij een vergadering een keer niet goed uit zijn woorden komt. Met behulp van cognitieve technieken wordt uiteindelijk een meer realistische opvatting geformuleerd, bijvoorbeeld 'als ik mijn onzekerheid toon, verandert dit hun houding en mening over mij niet, zij wijzen mij hierom niet af'.

Voor Peter is het belangrijk dat hij

weer hulp krijgt bij het terugkeren van zijn sociale fobie. We weten niet hoe het gegaan zou zijn als hij de antidepressiva was blijven gebruiken, of als hij bijvoorbeeld tijdens de periode dat hij hersteld was (al dan niet tijdens het afbouwen van de pillen) een terugvalpreventie therapie zoals hierboven beschreven, zou hebben gekregen. Momenteel wordt er bij GGZ inGeest, in samenwerking met Stichting Overwaal en Meer- kanten een onderzoek gedaan naar

zo'n terugvalpreventie groepstherapie die gegeven wordt aan herstelde mensen die hun antidepressiva tegelijkertijd gaan afbouwen. In het kader wordt aangegeven wat de criteria voor deelname zijn en hoe geïnteresseerden zich kunnen aanmelden. Dit onderzoek is financieel mede mogelijk gemaakt door ZonMw.

Willemijn Scholten,
psychotherapeut/gedragstherapeut

Het doel van MASTER is om te onderzoeken of het afbouwen van antidepressiva in een speciale cognitief gedragstherapeutische afbouwgroep een minder hoog risico geeft op terugkeer van de angstklachten dan het begeleiden van de medicatie individueel bij een arts, zoals dat gebruikelijk is om te doen. Ook wordt onderzocht welke mensen een verhoogd risico op terugkeer van de angstklachten hebben.

Mensen die mogelijk in aanmerking komen voor het onderzoek:

- Zijn hersteld van een angststoornis: paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis en
- Willen de antidepressiva die ze hier nog voor innemen afbouwen

 **MASTER**
Medicatieafbouw Angst Studie TERugvalpreventie

Voor meer informatie of aanmeldingen:
<http://master.amstad.nl>
Ook kunt u bellen met de onderzoeker:
Mw. drs. Willemijn Scholten
T (020) 7884666
E w.scholten@ggzingeest.nl

Of met de onderzoeksassistente:
Mw. drs. Daniëlle Bos
T (020) 7885680
E da.bos@ggzingeest.nl

Wie gaan de richtlijnen gebruiken?

Bij het tot stand komen van de laatste richtlijnen is vooral gebruik gemaakt van alle evidence based onderzoeksresultaten die maar te vinden waren. Deze werkwijze levert tevens het grootste punt van kritiek: missen wij niet veel waardevolle interventies door ons te beperken tot wat aangetoond is; de specifieke factoren die het behandelklimaat bepalen, de behandelrelatie? Een andere vraag betreft het naast elkaar voortbestaan van verschillende soorten richtlijnen. Vraag: de richtlijnen zijn multidisciplinair; is het de bedoeling dat zij door alle professionals gebruikt worden die met de zorg voor depressieve en angstige patiënten/cliënten van doen hebben? Hoe verhouden deze richtlijnen zich tot de al bestaande richtlijnen van diverse beroepsgroepen, met name die van de huisartsen, de NHG standaarden?

Jan Swinkels: "Deze richtlijnen zijn vaak moederrichtlijnen, waaruit voor de verschillende professionals nog aparte richtlijnen gemaakt moeten worden. Wel is het dan de bedoeling dat de zorg getrapt en aaneengesloten wordt geleverd. Dit lukt slecht in Nederland, ook de afstemming met de huisartsen is gewoonweg slecht, vandaar dat de minister de Regieraad heeft opgericht om dat beter te gaan organiseren. Inmiddels wordt gesproken over een Nationaal Kwaliteitsinstituut met een doorzettingsmacht, omdat die macht nodig is zolang veel artsen hun eigen kunstje doen, niet afgestemd op anderen, en wat overdreven gesteld 'Zonneko-

ning gedrag' vertonen."

Marijn Prins: "De multidisciplinaire richtlijnen voor angst en depressie zijn veel uitgebreider en specifieker dan de huidige NHG-standaarden voor angst en depressie. In tegenstelling tot de NHG-standaarden bevatten de recent herziene multidisciplinaire richtlijnen inbreng vanuit het patiëntenperspectief, gaan ze uit van een stepped-care model en wordt er specifiek genoemd dat bij elke stap het perspectief van de patiënt moet worden meegenomen. Psycho-educatie en zelfmanagement komen ook uitgebreider aan de orde in de multidisciplinaire richtlijnen,

net als verschillende (kortdurende) psychologische interventies naast medicamenteuze therapie. Deze detaillering ontbreekt nu nog in de huisartsen richtlijnen, terwijl de informatie wel degelijk relevant is. Ik denk dat huisartsen zeker ook baat kunnen hebben bij een multidisciplinaire richtlijn voor angst en depressie met meer aandacht voor de individuele patiënt en verschillende psychologische interventies. Uit mijn promotieonderzoek ('Mental health care from the patient's perspective') kwam namelijk naar voren dat huisartsen relatief vaak medicatie voorschrijven, terwijl patiënten zelf vaak liever willen praten."