

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 47 NUMMER 2 JUNI 2014

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Paul Boelen (*hoofredacteur*)
Sandra Mulkens
Sarah Bal
Rudi De Raedt
Idith Lavy
Elise Debeer
Elske Saleminck
Tonnie Staring
Sabine Verschoor (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Rijn en Schiekade 116-D,
2311 AT Leiden
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

Manon Fleur
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen (opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam (basisontwerp)

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Klantenservice psychologie
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 524 4514
klantenservice@boompsychologie.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Prijzen voor een jaarabonnement voor niet-verenigingsleden:

Particulieren

- ▶ Papier en online, binnen de Benelux €69,50, buiten de Benelux €87,50
- ▶ Online €64,50

Studenten

- ▶ Papier en online, binnen de Benelux €37,50, buiten de Benelux €49,50
- ▶ Online €32,50

Instellingen

- ▶ Papier en online, binnen de Benelux €82,50, buiten de Benelux €99,50
- ▶ Papier en IP-herkenning €165,-
- ▶ IP-herkenning €160,-
- ▶ Los nummer €18,50

Prijswijzigingen onder voorbehoud

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie



Vlaamse Vereniging Voor
Gedragstherapie

© 2014

Uitgeverij Boom/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

.....

Geniet u ook zo van de warme dagen waar we deze maanden zo ruim op worden getrakteerd? Die bieden een welkom tegenwicht aan het gure klimaat in de Nederlandse GGz. De immer toenemende bureaucratische aspecten van het werk zouden ons soms bijna doen vergeten wat een prachtig vak we uitoefenen. En de voortdurende tijdsdruk dreigt ons steeds meer tijd te ontnemen om na te denken over onze patiënten en relevante ontwikkelingen in de ruimere wereld van de cognitieve gedragstherapie. Welnu, gelukkig is daar het Tijdschrift voor Gedragstherapie (TvG) dat u helpt om even stil te staan.

Dit tweede nummer van 2014 biedt weer enkele mooie stukken.

Leone de Voogd en Elske Saleminck openen met een beschouwing van computertrainingen gericht op het verminderen van aandachtsbias voor angstige kinderen en volwassenen. Dit stuk geeft een inkijk in veelbelovende ontwikkelingen op het gebied van procedures voor ‘cognitive bias modification’.

Klaas Huijbregts en Michel Reinders schreven een artikel over de combinatie van depressie en lichamelijke klachten. Zijn we ons voldoende bewust hoe vaak deze combinatie speelt en wat het effect is op onze interventies voor depressie? Wat te doen als patiënten met deze combinatie van problemen kampen?

Maaïke van Dorsten, Erik ten Broeke en Kees Korrelboom gaan in op het belang van geïndividualiseerde cognitief gedragstherapeutische analyses (cognitieve casusconceptualisaties, betekenisanalyses, functieanalyses) in de behandeling van problemen waar inmiddels keurige *evidence-based* behandelprotocollen voor beschikbaar zijn.

Henny Visser ten slotte, besteedt aandacht aan het ‘inference based approach’ model voor obsessief compulsieve stoornis. Geïllustreerd met mooie voorbeelden laat zij zien dat deze benadering op wezenlijke punten verschilt van cognitieve gedragstherapie en vermoedelijk veel effectiever is dan we denken.

Ik hoop dat dit nummer van TvG, gelezen met een glaasje in de tuin of op het balkon, de schaarse mogelijkheden voor professionele contemplatie opluistert.

PAUL BOELEN *Hoofdreducteur*

Het leven van de zonnige kant bekijken

Aandachtstraining voor angst bij kinderen en jongeren

LEONE DE VOOGD & ELSKE SALEMINK

Samenvatting

Angstklachten worden vaak gekenmerkt door de neiging de aandacht met name op negatieve of bedreigende informatie te richten. Recent ontwikkelde computertrainingen blijken deze negatieve aandachtsbias te kunnen verminderen en ook het emotioneel functioneren te kunnen beïnvloeden. Studies naar de preventieve en therapeutische potentie van deze trainingen bij kinderen en jongeren laten veelbelovende effecten zien. Voordat tot eventuele implementatie overgegaan kan worden, is replicatie van positieve resultaten echter nodig, evenals meer onderzoek naar de langetermijneffecten, verbetering van trainingstaken en het verhogen van de motivatie voor online trainingen.

Trefwoorden: angst, aandachtsbias, informatieverwerking, training, jeugd

INLEIDING

Kinderen en jongeren brengen tegenwoordig een groot deel van hun tijd online door, soms tot irritatie of zorg van hun ouders, docenten of behandelaren. Zouden zij hun aandacht niet op iets anders moeten richten? Of 'echte' sociale contacten aan moeten gaan? Echter, voor kinderen en jongeren met angstklachten biedt het internet juist diverse mogelijkheden voor laagdrempelige vormen van preventie en interventie, waarbij anoniem en in een veilige omgeving gewerkt kan worden. Ook vanuit het oogpunt van stijgende zorgkosten is de interesse in online interventies de laatste jaren sterk toegenomen.

Een recente ontwikkeling in de online hulpverlening is de zogenaamde cognitieve bias modificatie van aandacht (CBM-A): een computertraining

waarin men leert de aandacht van negatieve naar neutrale of positieve informatie te verplaatsen. Een voordeel van deze trainingen is dat zij zich direct richten op automatische cognitieve processen die een rol spelen bij angst (Mathews & MacLeod, 2005). Waar bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (CGT) een zekere mate van zelfreflectie en cognitieve controle vereist, die bij kinderen en jongeren nog niet altijd volledig ontwikkeld is (Kingery et al., 2006), bestaat CBM-A uit zeer eenvoudige taken die de informatieverwerking op een (meer) onbewust niveau beïnvloeden. In dit artikel zal een overzicht gegeven worden van de ontwikkeling van deze trainingen en de tot nu toe behaalde resultaten bij kinderen en jongeren in het kader van preventie en behandeling van angstklachten. Tevens wordt aandacht besteed aan enkele openstaande vragen voor verder onderzoek.

Aandachtsbias bij angst

Een negatieve aandachtsbias, de neiging de aandacht automatisch naar negatieve of bedreigende informatie toe te richten en deze moeilijk los te laten, speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling en instandhouding van diverse angstklachten (Mathews & MacLeod, 2005). Volgens cognitieve modellen wordt de informatieverwerking aangestuurd door negatieve schema's, die bepalen op welke informatie men de aandacht richt, hoe informatie geïnterpreteerd wordt en welke informatie wordt onthouden (bijv. Beck & Clark, 1997).

Diverse studies hebben aangetoond dat angst vaak gekenmerkt wordt door een negatieve aandachtsbias, zowel bij volwassenen (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2007) als kinderen en jongeren (Puliafico & Kendall, 2006). Hierbij wordt zowel een snelle oriëntatie richting negatieve stimuli gevonden als een beperking in het losmaken van de aandacht van negatieve informatie. Een correlatieve verband tussen angstklachten en een negatieve aandachtsbias betekent echter niet per definitie dat er een causale relatie is. Diverse prospectieve studies, die laten zien dat aandachtsbias voorspellend is voor latere klachten, wijzen echter wel in die richting, hoewel er ook voldoende aanwijzingen zijn voor een wederkerige relatie (Van Bockstaele et al., 2014).

AANDACHTSBIAS MODIFICATIE

De meest betrouwbare wijze om causaliteit aan te tonen is het experimenteel manipuleren van de aandachtsbias, waarbij het effect op emoties onderzocht wordt. Met dit doel is dan ook het eerste CBM-A paradigma ontwikkeld. MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy en Holker (2002) gebruikten hiervoor een taak die veelvuldig toegepast wordt in het onderzoeken van de aandachtsbias: de *dot-probe* taak (MacLeod, Mathews, & Tata, 1986). Wan-

neer toegepast als meting, worden twee stimuli (bijv. woorden of foto's) naast of boven elkaar getoond, waarbij één stimulus negatief is en de ander neutraal of positief. Hierna verschijnt op de locatie van één van deze stimuli een *probe* (bijv. een stip/twee stippen, of een pijltje naar boven/beneden), waarbij de proefpersoon deze zo snel mogelijk moet lokaliseren en/of identificeren. Een negatieve aandachtsbias wordt afgeleid uit snellere reactietijden op *probes* die een negatieve stimulus vervangen in vergelijking met *probes* die een neutrale of positieve stimulus vervangen. MacLeod en collega's (2002) pasten deze taak zodanig aan dat de aandachtsbias gemanipuleerd kon worden: in de neutrale conditie verscheen de *probe* in alle trials achter een neutraal woord, terwijl in de negatieve conditie de *probe* altijd het negatieve woord verving. Aangezien de taak zo snel mogelijk gemaakt moest worden, was het idee dat de deelnemer hierdoor leerde de aandacht op neutrale respectievelijk negatieve stimuli te richten. Deelnemers bleken na deze taak een aandachtsbias in de getrainde richting te laten zien: de neutrale groep reageerde sneller op *probes* achter neutrale stimuli en de negatieve groep reageerde, zoals verwacht, juist sneller bij negatieve stimuli. Daarnaast rapporteerde de groep die een negatieve training volgde meer negatieve emoties in reactie op een stresstaak, waarbij zeer moeilijke anagrammen gemaakt moesten worden. Hiermee werd voor het eerst aangetoond dat de aandachtsbias een causaal effect lijkt te hebben op angst en kwetsbaarheid voor stress.

Hoewel de training oorspronkelijk ontwikkeld werd om deze causaliteit vast te stellen, werd al snel duidelijk dat CBM-A mogelijk ook therapeutische effecten kan hebben. De resultaten van MacLeod et al. (2002) zijn veelvuldig gerepliceerd in volwassen populaties. Daarbij bleek het manipuleren van de aandachtsbias niet alleen effect te hebben op stress-reactiviteit, maar ook op angstdispositie en de mate of ernst van klinische angstsymptomen bij bijvoorbeeld gegeneraliseerde of sociale angststoornissen (zie voor een review MacLeod & Mathews, 2012; of voor een meta-analyse Beard, Sawyer & Hofmann, 2012). Recent zijn echter ook diverse studies gepubliceerd waarbij CBM-A niet tot een verandering in bias en/of emotionele reacties leidde (Boettcher, Berger, & Renneberg, 2012; Bunnell, Beidel, & Mesa, 2013; Carlbring et al., 2012; Neubauer et al., 2013). Een belangrijke observatie met betrekking tot deze soms tegenstrijdige bevindingen, is dat er wel een duidelijk verband is tussen een succesvolle manipulatie van de aandachtsbias en emotionele effecten (Clarke, Notebaert, & MacLeod, 2014). Daar waar de negatieve aandachtsbias vermindert, wordt in het overgrote deel van de studies ook een effect gevonden op emotionele reactiviteit of symptomen. Nulbevindingen lijken dan ook eerder het resultaat van een mislukte manipulatie van de aandachtsbias en hoeven niet direct geïnterpreteerd te worden als een gebrek aan potentie van CBM-A (Clarke et al., 2014).

Visual search training

89

Het merendeel van de CBM-A studies tot nu toe heeft gebruikgemaakt van het dot-probe paradigma, gebaseerd op MacLeod et al. (2002). Uit kwalitatieve studies blijkt echter dat deelnemers de taak erg saai vinden en weinig geloof hechten aan de werkzaamheid (Beard, Weisberg, & Primack, 2011; Brosan, Hoppitt, Shelfer, Sillence, & Mackintosh, 2011). Voor jongeren en zeker in het kader van preventie (waarbij lijdensdruk vaak afwezig of laag is) kan dit een probleem vormen. Een ander paradigma dat gebruikt wordt bij CBM-A is het *visual search* paradigma (Dandeneau & Baldwin, 2004), dat mogelijk aantrekkelijker is voor jongeren doordat de taak actiever is en meer visuele prikkels biedt. Hierbij moeten deelnemers in een matrix van 15 negatieve (afwijzende) gezichten zoeken naar het enige positieve (accepterende) gezicht en dit zo snel mogelijk aanklikken. Voordeel van deze training is dat hierbij zowel geleerd wordt de aandacht op positieve stimuli te richten én afleidende negatieve stimuli te negeren.

In een reeks studies door de ontwikkelaars van dit paradigma vond men effecten op aandachtsbias, zelfvertrouwen en stressreactiviteit. Al na één sessie veranderde de aandachtsbias bij deelnemers met een lage mate van zelfvertrouwen (Dandeneau, Baldwin, Baccus, Sakellaropoulou, & Pruessner, 2007). Vijf sessies van deze training resulteerden in verminderde examen-gerelateerde stress en sterkere competentiegevoelens bij studenten en toegenomen zelfvertrouwen en minder subjectieve en fysiologische stressreacties bij telemarketeers (Dandeneau et al., 2007). Ook de gevoeligheid voor afwijzing en negatieve afwijzings-gerelateerde associaties lijken beïnvloed te kunnen worden met deze training (Dandeneau & Baldwin, 2009; Schnabel & Asendorpf, in druk).

CBM-A BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Gezien de veelbelovende resultaten van CBM-A bij volwassen populaties, is ook de potentie bij kinderen en jongeren onderzocht. Juist in deze leeftijdsgroep ontstaan vaak de eerste symptomen van angststoornissen, die de verdere ontwikkeling ernstig kunnen hinderen. Daarnaast suggereert onderzoek naar de neurocognitieve ontwikkeling dat met name de adolescentie door de snelle hersenontwikkeling niet alleen een kwetsbare periode is, maar juist ook een periode van extra plasticiteit, waarin nieuwe vormen van informatieverwerking mogelijk makkelijker aangeleerd kunnen worden (Cohen Kadosh, Linden, & Lau, 2013). Het aantal studies naar CBM-A bij kinderen en jongeren is nog beperkt, maar is de laatste jaren sterk uitgebreid.

Gezonde populaties

90

De eerste studie naar CBM-A bij gezonde kinderen (7-12 jaar) vergeleek twee typen dot-probe training waarin de aandacht ofwel naar bedreigende gezichten (negatieve training), of naar neutrale gezichten toe getraind werd (neutrale training) (Eldar, Ricon, & Bar-Haim, 2008). De eerste groep (n=13) liet na afloop van twee trainingssessies een negatieve aandachtsbias zien en reageerde met meer angstgevoelens op een stresstaak, waarbij de kinderen zeer moeilijke puzzels op moesten lossen terwijl zij zogenaamd gefilmd werden. Bij de kinderen die de neutrale training volgden (n=13), werden geen veranderingen in bias of emoties gevonden. Mogelijk was er bij deze gezonde populatie onvoldoende ruimte voor verbetering.

Aangezien lang niet alle jeugdigen een negatieve aandachtsbias laten zien, ook niet wanneer zij een verhoogde mate van angstklachten hebben (Bar-Haim, Morag, & Glickman, 2011) is het mogelijk zinvoller om de aandacht niet alleen van negatieve stimuli af te trainen, maar ook naar positieve stimuli toe. Hiervoor lijkt de eerder besproken *visual search* training geschikt. Een studie van onze eigen onderzoeksgroep naar deze vorm van CBM-A bij gezonde jongeren (13-16 jaar, n=32), toonde aan dat vergeleken met een placebo training de aandachtsbias hiermee verminderd kan worden (De Voogd, Wiers, Prins, & Salemink, 2014). Jongeren werden getraind in het vinden van een positief gezicht in een 4x4 matrix van verdrietige, angstige en boze gezichten en de aandachtsbias werd gemeten met een vergelijkbare taak waarbij ook naar negatieve gezichten gezocht moest worden. Na twee sessies van deze training werd tevens een klein effect gevonden op de mate van sociale angst.

Recent is binnen onze eigen onderzoeksgroep een grootschalige studie afgerond naar verschillende vormen van CBM ter preventie van angst en depressie bij 680 middelbare scholieren, waarbij onder andere de dot-probe training en de *visual search* training werden gebruikt. Het trainingsprogramma bestond uit 8 sessies en werd online aangeboden. De eerste analyses suggereren dat de *visual search* training de aandachtsbias verandert en daarnaast depressieve klachten kan verminderen bij jongeren die hier al in enige mate last van hebben. Definitieve resultaten van deze studie laten echter nog op zich wachten, mede omdat de follow-up metingen nog binnenkomen.

Subklinische populaties

Hoewel ook bij gezonde jongeren CBM-A dus mogelijk kan werken als een buffer tegen negatieve emoties of stress, valt wellicht meer effect te verwachten bij populaties waar daadwerkelijk sprake is van emotionele klachten. In een eerste studie bij hoog-angstige kinderen (10 jaar) werden twee sessies dot-probe CBM-A aangeboden (Bar-Haim et al., 2011). Kinderen in de CBM-A groep (n=18) reageerden met minder angstgevoelens (zelf-rapportage) op een stresstaak (zoals ook gebruikt in Eldar et al., 2008) vergeleken met een

placebo CBM-A groep (n=16). Er werden echter geen verschillen gevonden in zelf-gerapporteerde angst- of depressieve klachten, maar alleen op stress reactiviteit.

91

In Nederland is recent op grotere schaal onderzoek gedaan naar de preventieve mogelijkheden van CBM bij hoog-angstige adolescenten (Sportel, De Hullu, De Jong, & Nauta, 2013). Sociaal angstige jongeren (13-15 jaar) werden random toegewezen aan een CBM groep (n=86), een CGT groep (n=84) of een test-hertest controle conditie (n=70). De CBM training van 20 online sessies bestond uit een afwisseling van CBM-A met andere cognitieve taken, gericht op het verminderen van negatieve interpretaties en automatische negatieve associaties en het versterken van impliciet zelfvertrouwen. Er werden geen consistente effecten op de aandachtsbias gevonden. Wel liet de CBM groep een vermindering van automatische negatieve associaties zien en waren er aanwijzingen voor een iets snellere afname van sociale angstklachten. Aangezien in deze studie een combinatie van CBM trainingen gegeven werd, kan niet bepaald worden of eventuele effecten aan CBM-A of de andere componenten toegeschreven kunnen worden. De jongeren in dit onderzoek volgden lang niet alle aangeboden trainingssessies. Dit roept belangrijke vragen op over de motivatie van jongeren voor CBM. In deze studie bleken jongeren met meer sociale angstklachten meer sessies te volbrengen, wellicht omdat zij meer lijdensdruk ervaarden (Sportel et al., 2013). Vanuit dit oogpunt zou CBM mogelijk meer geschikt zijn voor klinische populaties.

Klinische populaties

Er zijn al enkele studies verricht naar *dot-probe* CBM-A bij kinderen en jongeren met klinische angst. Een eerste casestudie bij twee klinisch sociaal angstige kinderen (8 en 9 jaar) liet positieve effecten zien (Cewart & Ollendick, 2011), die ook werden gevonden in een groep adolescenten met angststoornissen (Rozenman, Weersing, & Amir, 2011). In deze laatste studie, ook nog zonder controlegroep, volgen 16 jongeren (10-17 jaar) 12 sessies CBM-A, waarvan 1/3 in het lab en 2/3 thuis via internet. Na afloop gaven zowel de jongeren zelf als hun behandelaren aan dat zij minder angstige én depressieve klachten hadden. Jongeren en hun ouders beoordeelden de training in deze studie als acceptabel tot excellent. Deze voorzichtig positieve resultaten werden bevestigd door de eerste gerandomiseerde studie in een klinische populatie (Eldar et al., 2012). In deze studie werden kinderen (8-14 jaar) met een angststoornis geselecteerd die een negatieve aandachtsbias lieten zien. Na afloop van 4 sessies training, beoordeelden onafhankelijke klinici de kinderen uit de CBM-A groep (n=15) als minder angstig dan de controlegroep (n=15). Zelf-gerapporteerde klachten namen echter niet af.

Ook de *visual search* training is onderzocht in een populatie van klinisch angstige kinderen (Waters, Pittaway, Mogg, Bradley, & Pine, 2013). Kinderen (7-13 jaar) moesten hier gedurende 12 thuis gevolgde sessies het enige

blijke gezicht in een 3x3 matrix van boze gezichten zoeken. De CBM-A groep (n=12) vertoonde meer aandacht voor positieve stimuli en een significante afname van door klinici gerapporteerde angstsymptomen ten opzichte van een controlegroep (n=12). Net als in een aantal hierboven beschreven studies werd echter geen effect op zelf-gerapporteerde klachten aangetoond. De afwezigheid van groepsverschillen op zelf-rapportage zou te maken kunnen hebben met een grotere gevoeligheid van deze maten voor sociale wenselijkheid en placebo-effecten (zie bijv. Bar-Haim et al., 2011). Een andere mogelijkheid is dat klinici bepaalde veranderingen in gedrag (bijvoorbeeld minder vermijding) eerder of beter opmerken (Waters et al., 2013).

CBM-A als aanvulling op reguliere behandeling

Aangezien CBM en CGT zich richten op weliswaar vergelijkbare, maar toch ook te onderscheiden cognitieve processen, zouden deze benaderingen mogelijk een aanvullende werking kunnen hebben. Recent zijn hier bij volwassenen (bijv. Boettcher, Hasselrot, Sund, Andersson, & Carlbring, 2013; Rapee et al., 2013) en bij jeugdigen enkele studies naar gedaan, tot nu toe alleen met het *dot-probe* paradigma. Riemann, Kuckertz, Rozenman, Weersing en Amir (2013) onderzochten de effecten van CBM-A bij jongeren die waren opgenomen vanwege een angst- of dwangstoornis. Jongeren (13-17 jaar) ontvingen deze training in aanvulling op de reguliere CGT behandeling en medicatie. Hoewel hen gedurende de gehele behandeling (gemiddeld 10 weken) gevraagd werd elke werkdag te trainen, werden er gemiddeld 11 sessies voltooid. In de CBM-A groep (n=21) werd in vergelijking met de placebo CBM-A groep (n=21) een grotere vermindering van zelf-gerapporteerde angst- en obsessieve-compulsieve klachten gevonden en een sterkere afname in het aantal diagnoses.

Twee andere studies vergeleken CGT + CBM-A niet alleen met CGT + placebo CBM-A, maar ook met een groep die alleen CGT ontving (Britton, et al., 2013; Shechner et al., 2014). Shechner et al. (2014) vonden bij klinisch angstige kinderen en jongeren (6,5-18 jaar) een grotere afname van zelf-gerapporteerde symptomen in de CGT + CBM-A groep (n=18). Door klinici gerapporteerde symptomen nam echter eveneens sterker af in de CGT + CBM-A placebo groep (n=25) dan in de CGT groep (n=20). Ook Britton et al. (2013) vonden bij klinisch angstige jongeren (8-17 jaar) vergelijkbare effecten in beide groepen die een aandachtstraining volgden (beiden n=18), ongeacht of de aandacht naar positieve stimuli werd toe getraind of dat de aandacht niet gestuurd werd. Beide groepen lieten een snellere afname van angstklachten zien dan een CGT groep (n=17), hoewel aan het einde van de behandeling geen verschillen meer werden gevonden tussen alle groepen. Deze bevindingen roepen vragen op over het werkingsmechanisme van CBM-A in deze studies. Blijkbaar voegt het volgen van een aandachtstraining al iets toe aan CGT, los van de wijze waarop aandacht hier precies gemanipuleerd wordt.

Of het hier gaat om een placebo-effect of bijvoorbeeld een specifieke versterking van de aandachtscontrole (zie ook Klumpp & Amir, 2010) zal verder onderzoek moeten uitwijzen.

Een gebrek aan aanvullende effecten zou ook verklaard kunnen worden door een te grote overlap tussen CGT en CBM-A. Hoewel een onderscheid gemaakt kan worden tussen meer expliciete en impliciete processen, blijkt ook CGT de aandachtsbias te beïnvloeden (Shechner et al., 2014), waardoor er mogelijk onvoldoende ruimte voor verbetering overblijft om effecten van CBM-A te detecteren. Mogelijk kan CBM-A echter wel een oplossing bieden voor patiënten die niet (voldoende) reageren op CGT. Een kleinschalige studie bij 6 kinderen (10-13 jaar) met angststoornissen die niet reageerden op een CGT-behandeling, suggereert dat dit inderdaad het geval kan zijn (Bechor et al., 2014). Deze groep vertoonde namelijk wel een afname van depressieve en angstklachten na een CBM-A training van 8 sessies, hoewel dit met name op zelf-rapportage vragenlijsten gevonden werd en ouders minder verbetering rapporteerden. Deze studie zal herhaald moeten worden met een grotere groep en een adequate controlegroep om te beoordelen of CBM-A ook, of misschien juist, potentie heeft bij kinderen en jongeren die niet goed reageren op CGT.

DISCUSSIE

.....

De eerste studies naar CBM-A bij kinderen en jongeren hebben aangetoond dat zowel de *dot-probe* training als een *visual search* training effectief kunnen zijn in het manipuleren van de aandachtsbias en dat hiermee het emotioneel functioneren in meer of mindere mate beïnvloed kan worden. Bij gezonde populaties en kinderen met subklinische klachten lijkt CBM-A de stressreactiviteit te veranderen, wat mogelijkheden biedt voor preventieve toepassingen. De grootste effecten lijken behaald te worden bij jongeren met angstklachten en/of een aandachtsbias voor bedreigende informatie en zeker bij klinische populaties zijn veelbelovende effecten gevonden. De toegevoegde waarde van CBM-A in combinatie met CGT lijkt beperkt, wat suggereert dat CBM-A beter werkt als 'stand alone' interventie. Wel heeft CBM-A mogelijk potentie voor kinderen en jongeren die juist niet zo goed op CGT reageren. De tot nu toe gevonden positieve resultaten zullen echter gerepliceerd moeten worden voordat eventuele implementatie van CBM-A aan de orde kan zijn. Het groeiend aantal studies bij jeugdigen én volwassenen heeft diverse vragen en mogelijkheden opgeworpen waar toekomstig onderzoek zich op zou kunnen richten. Enkele van deze issues worden hieronder besproken.

Online training

94

Een van deze kwesties betreft het online trainen van de aandachtsbias. CBM-A trainingen zijn computertrainingen die in principe overal gevolgd kunnen worden, maar de eerste studies zijn met name in het lab uitgevoerd. Een logische vervolgstap is het online aanbieden van CBM-A, maar recentelijk zijn enkele nul-bevindingen gepubliceerd over online CBM-A bij volwassenen met sociale angst (Boettcher et al., 2012; Carlbring et al., 2012; Neubauer et al., 2013). Aangezien het voornaamste verschil met voorgaande positieve bevindingen het online trainen was, werd gesuggereerd dat dit mogelijk een rol speelde in het uitblijven van effecten. Bij thuis trainen is er minder controle over de concentratie en motivatie van deelnemers, waardoor trainingseffecten mogelijk verzwakt worden. Daarnaast werd gesuggereerd dat, zeker bij sociale angst, het meedoen aan een labstudie een bepaalde mate van spanning of angst kan oproepen die nodig is om een trainingseffect te bewerkstelligen (Boettcher et al., 2012; zie voor een test van deze hypothese Boettcher et al., 2013 en Kuckertz et al., 2014).

Expliciete versus impliciete training

Een van de complicerende factoren bij online training is het gebrek aan motivatie. Dit wordt mogelijk nog versterkt door het feit dat deelnemers vaak niet weten wat het precieze doel is van de trainingen of de rationale niet begrijpen (Beard et al., 2011). De meeste studies gaan uit van impliciete training waarbij de instructies bewust vaag worden gehouden. Een recente studie waarbij volwassenen expliciete uitleg kregen over de *dot-probe* taak en de letterlijke instructie kregen hun aandacht te sturen, vonden een sterkere verandering van aandachtsbias dan bij impliciete training, maar juist geen effect op emotionele reactiviteit (Grafton, Mackintosh, Vujic, & MacLeod, 2014). Het is niet zeker of het uitblijven van emotionele effecten komt door het bewustzijn van de relatie tussen emotionele stimuli en *probe*-locatie of door de instructie de aandacht te sturen. Een eerdere studie die het effect van bewustzijn onderzocht (Krebs, Hirsch, & Mathews, 2010) toonde aan dat ook deze explicietere vorm van CBM-A de verwachte positieve cognitieve en emotionele effecten had. Het lijkt erop dat met name het sturen van de aandacht de effecten beperkt, mogelijk doordat hierbij meer strategische processen getraind worden in plaats van de automatische processen die in emotionele situaties een rol spelen (Grafton et al., 2014). Onduidelijk is nog of bij langdurige training deze processen wellicht wel automatiseren en of klinische angstsymptomen wel door expliciete training beïnvloed kunnen worden.

Interessant in dit kader is ook een recente studie naar een alternatieve vorm van aandachtstraining, waar de aandachtsbias niet gemanipuleerd

wordt, maar waarbij deelnemers feedback krijgen om deze zo zelf te controleren (Bernstein & Zvielli, 2014). Ook deze vorm van training bleek de aandachtsbias te beïnvloeden en te leiden tot sneller emotioneel herstel na een stressor. Deze studie suggereert dat het vergroten van aandachtscontrole een belangrijk mechanisme is bij het verminderen van negatieve biases en emotionele klachten (zie bijv. ook Heeren, De Raedt, Koster, & Philippot, 2013).

Langetermijneffecten

Bij de meeste studies naar CBM-A bij kinderen en jongeren zijn slechts de directe effecten van de trainingen gemeten, met soms een periode van enkele weken tussen de laatste trainingssessie en de nameting. Daarmee kan nog weinig gezegd worden over de langetermijneffecten op zowel de informatie-verwerking als angstklachten. De enige studie tot nu toe waarbij follow-up metingen verricht zijn (Sportel et al., 2013), liet op de lange termijn geen verschillen zien tussen een gecombineerde CBM training en een controleconditie op angstklachten, maar wel op automatische negatieve associaties. Follow-up metingen bij een preventiestudie van onze eigen onderzoeksgroep zullen meer licht kunnen werpen op de langetermijneffecten van de verschillende CBM paradigma's bij jongeren. Bij volwassenen zijn enkele follow-up studies uitgevoerd, waarbij positieve effecten op angstsymptomen aangetoond zijn tot 4 maanden na de training (Schmidt, Richey, Buckner, & Timpano, 2009), maar andere studies zowel op een nameting als bij 4 maanden follow-up geen of beperkte effecten vonden (Boettcher et al., 2012; Carlbring et al., 2012; Neubauer et al., 2013).

Personaliseren van CBM-A

Ook bij de studies waar positieve effecten van CBM-A gevonden worden, profiteren niet alle deelnemers van de training. Om de effectiviteit te verhogen, is het belangrijk te bepalen welke kinderen en jongeren het meeste baat hebben bij CBM-A. Enkele studies suggereren dat dit met name deelnemers zijn met een sterkere aandachtsbias voorafgaand aan de training (Eldar et al., 2012; Kuckertz et al., 2014) maar deze moderatie-effecten worden niet altijd teruggevonden (Britton et al., 2013). Daarnaast is het waarschijnlijk dat de trainingen effectiever worden naarmate zij beter aansluiten bij de specifieke angststoornissen of individuele klachten. Tot nu toe is in studies bij jeugdigen uitsluitend gebruikgemaakt van emotionele gezichten, terwijl bij volwassenen soms ook met woorden gewerkt wordt (bijvoorbeeld MacLeod et al., 2002), die mogelijk beter aansluiten bij meer algemene zorgen zoals die zich bij bijvoorbeeld gegeneraliseerde angst voordoen. Daarnaast zou aangesloten kunnen worden bij specifieke angsten van het individu, door deelnemers bijvoorbeeld plaatjes te laten uitkiezen die speciaal voor hen bedreigend zijn.

CONCLUSIE

.....

96

Het in dit artikel besproken onderzoek laat zien dat verschillende vormen van CBM-A een negatieve aandachtsbias bij kinderen en jongeren kunnen verminderen en het emotioneel functioneren mogelijk kunnen beïnvloeden. Effecten op emotionele reactiviteit bij jongeren met een negatieve aandachtsbias of beginnende angstklachten suggereren dat CBM-A mogelijk een beschermende werking kan hebben tegen de verdere ontwikkeling van angststoornissen. Toekomstige follow-up metingen zullen uit moeten wijzen of dit inderdaad het geval is en of de vermindering van symptomen die in klinische populaties gevonden wordt ook blijvend is. Hoewel de toegevoegde waarde van CBM-A bij CGT beperkt lijkt, kan het behandel-effecten mogelijk wel versnellen en zou het wellicht een rol kunnen spelen in terugvalpreventie. Voordat echter tot implementatie overgegaan wordt, is het belangrijk verder te onderzoeken welke training, voor wie, en op welk moment, het meest effectief is. Daarnaast is het zeker voor online training bij kinderen en jongeren belangrijk CBM-A paradigma's te ontwikkelen die de motivatie verhogen, bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van game-elementen. Wellicht wordt het dan aantrekkelijk om bijvoorbeeld een presentatie voor de klas niet alleen inhoudelijk voor te bereiden, maar vooraf ook nog even te 'gamen' om minder angstig op pad te gaan

LEONE DE VOOGD & ELSKE SALEMINK zijn beiden werkzaam aan de Universiteit van Amsterdam, Afdeling Ontwikkelingspsychologie, ADAPT-lab (www.adaptlab.nl), Correspondentie: Weesperplein 4, 1018 XA Amsterdam
E.L.deVoogd@uva.nl, +31-20-5256909

Summary Anxiety is often characterized by the tendency to selectively focus on negative or threatening information. Recently developed computer training paradigms can modify this negative attentional bias and can also affect emotional functioning. Studies on the preventative and therapeutic potential of these Cognitive Bias Modification training paradigms in children and adolescents show promising effects. Before moving to implementation, replication of positive findings is needed, as well as more research on long term effects, improving training paradigms and increasing motivation for online training.

Key words: *anxiety, attentional bias, information processing, training, youth*

Literatuur

- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Bar-Haim, Y., Morag, I., & Glickman, S. (2011). Training anxious children to disengage attention from threat: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 861-869.
- Beard, C., Weisberg, R.B., & Primack, J. (2011). Socially anxious primary care patients' attitudes toward Cognitive Bias Modification (CBM): A qualitative study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 618-633.
- Beard, C., Sawyer, A.T., & Hofmann, S.G. (2012). Efficacy of attention bias modification using threat and appetitive stimuli: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 43, 724-740.
- Bechor, M., Pettit, J.W., Silverman, W.K., Bar-Haim, Y., Abend, R., Pine, D.S., Vasey, M.W., & Jaccard, J. (2014). Bias modification treatment for children with anxiety disorders who do not respond to cognitive behavioral therapy: a case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 154-159.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Bernstein, A., Zvielli, A. (2014). Attention Feedback Awareness and Control Training (A-FACT): Experimental Test of a Novel Intervention Paradigm Targeting Attentional Bias, *Behaviour Research and Therapy*, 55, 18-26.
- Boettcher, J., Berger, T., Renneberg, B. (2012). Internet-based attention training for social anxiety: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 522-536.
- Boettcher, J., Hasselrot, J., Sund, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2013). Combining attention training with internet-based cognitive-behavioral self-help for social anxiety: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 34-48.
- Boettcher, J., Leek, L., Matson, L., Holmes, E.A., Browning, M., MacLeod, C. Andersson, G., & Carlbring, P. (2013). Internet-based attention bias modification for social anxiety: A randomized controlled comparison of training towards negative and training towards positive cues. *PLoS ONE*, 8, e71760.
- Britton, J.C., Bar-Haim, Y., Clementi, M.A., Sankin, L.S., Chen, G., Shechner, T., Norcross, M.A., Spiro, C.N., Lindstrom, K.M., & Pine, D.S. (2013). Training-associated changes and stability of attention bias in youth: Implications for Attention Bias Modification Treatment for pediatric anxiety. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 52-64.
- Brosan, L., Hoppitt, L., Shelfer, L., Sillence, A., & Mackintosh, B. (2011). Cognitive bias modification for attention and interpretation reduces trait and state anxiety in anxious patients referred to an out-patient service: Results from a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42, 258-264.
- Bunnel, B.E., Beidel, D.C., & Mesa, F. (2013). A randomized trial of attention training for generalized social phobia: Does attention training change social behavior? *Behavior Therapy*, 44, 662-673.
- Carlbring, P. Apelstrand, M., Sehlin, H., Amir, N., Rousseau, A., Hofmann, S.G. & Andersson, G. (2012). Internet-delivered attention bias modification training in individuals with social anxiety disorder — a double blind

- randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 66.
- Clarke, P.J.F., Notebaert, L., & MacLeod, (2014). Absence of evidence or evidence of absence: reflecting on therapeutic implementations of attentional bias modification. *BMC Psychiatry*, 14, 8.
- Cohen Kadosh, K., Linden, D.E.J., & Lau, J.Y.F. (2013). Plasticity during childhood and adolescence: innovative approaches to investigating neurocognitive development. *Developmental Science*, 16, 574-583.
- Cowart, M.J.W., & Ollendick, T.H. (2011). Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 972-977.
- Dandeneau, S.D., & Baldwin, M.W. (2004). The inhibition of socially rejecting information among people with high versus low self-esteem: the role of attentional bias and the effects of bias reduction training. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 584-602.
- Dandeneau, S. D., & Baldwin, M. W. (2009). The buffering effects of rejection-inhibiting attentional training on social and performance threat among adult students. *Contemporary Educational Psychology*, 34, 42-50.
- Dandeneau, S. D., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., Sakellaropoulos, M., & Pruessner, J. C. (2007). Cutting stress of the pass: Reducing vigilance and responsiveness to social threat by manipulating attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 651-666.
- De Voogd, E.L., Wiers, R.W., Prins, P.J.M., & Salemink, E. (2014). Visual search attentional bias modification reduced social phobia in adolescents. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 45, 252-259.
- Eldar, S., Apter, A., Lotan, D., Perez Edgar, K., Naim, R., Fox, N.A., Pine, D.S., & Bar-Haim, Y. (2012). Attention bias modification treatment for pediatric anxiety disorders: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 169, 213-220.
- Eldar, S., Ricon, T., & Bar-Haim, Y. (2008). Plasticity in attention: implications for stress response in children. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 450-461.
- Grafton, B., Mackintosh, B., Vujic, T., & MacLeod, C. (2014). When ignorance is bliss: Explicit instruction and the efficacy of CBM-A for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 172-188.
- Heeren, A., De Raedt, R., Koster, E.H., & Philippot, P. (2013). The (neuro)-cognitive mechanisms behind attention bias modification in anxiety: Proposals based on theoretical accounts of attentional bias. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 119.
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., & Bergman, R. L. (2006). They're not just 'little adults': developmental considerations for implementing cognitive-behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 263-273.
- Klumpp, H., & Amir, A. (2010). Preliminary study of attention training to threat and neutral faces on anxious reactivity to a social stressor in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 263-271.
- Krebs, G., Hirsch, C.R., & Mathews, A. (2010). The effect of attention modification with explicit vs. minimal instructions on worry. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 251-256.
- Kuckertz, J.M., Gildebrant, E., Liliequist, B., Karlström, P., Våppling, C., Bodlund, O., Stenlund, T., Hofmann, S.G., Andersson, G., Amir, N., Carlbring, P. (2014). Moderation and mediation of the effect of attention

- training in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 30-40.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189-217.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107-123.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Neubauer, K., Von Auer, M., Murray, E., Petermann, F., Helbig-Lang, S., Gerlach, A.L. (2013). Internet-delivered attention modification training as a treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 87-97.
- Puliafico, A. C., & Kendall, P. C. (2006). Threat-related attentional bias in anxious youth: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 162-180.
- Rapee, R.M., MacLeod, C., Carpenter, L., Gaston, J.E., Frei, J., Peters, L., Baillie, A.J. (2013). Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioural treatment package for social phobia: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 207-215.
- Riemann, B.C., Kuckertz, J.M., Rozenman, M., Weersing, V.R., & Amir, N. (2013). Augmentation of youth cognitive behavioral and pharmacological interventions with attention modification: A preliminary investigation. *Depression and Anxiety*, 30, 822-828.
- Rozenman, M., Weersing, V., & Amir, N. (2011). A case series of attention modification in clinically anxious youths. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 324-330.
- Schmidt, N., Richey, J.A., Buckner, J.D., & Timpano, K.R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5-14.
- Schnabel, K., & Asendorpf, J.B. (in press). Cognitive trainings reduce implicit social rejection associations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, <http://www.psychologie.hu-berlin.de/prof/per/pdf/2222/Schnabel-Asendorpf-inpress.pdf>
- Shechner, T., Rimón-Chakir, A., Britton, J.C., Lotan, D., Apter, A., Bliese, P.D., Pine, D.S., & Bar-Haim, Y. (2014). Attention Bias Modification Treatment Augmenting effects on cognitive behavioral therapy in children with anxiety: Randomized Controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, 61-71.
- Sportel, B.E., De Hullu, E., De Jong, P.J., & Nauta, M.H. (2013). Cognitive bias modification versus CBT in reducing adolescent social anxiety: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 8, 1-11.
- Van Bockstaele, B., Verschuere, B., Tibboel, H., De Houwer, J., Crombez, G., & Koster, E.H. (in press). A review of current evidence for the causal impact of attentional bias on fear and anxiety. *Psychological Bulletin*, 140, 682-721.
- Waters, A.M., Pittaway, M., Mogg, K., Bradley, B.P., & Pine, D.S. (2013). Attention training towards positive stimuli in clinically anxious children. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 77-84.

Depressie, maar ook lichamelijke klachten, wat dan?

KLAAS HUIJBREGTS & MICHEL REINDERS

Samenvatting

Depressie en lichamelijke klachten komen vaak samen voor. Aangezien onderzoek uitwijst dat het beloop van een depressie minder gunstig is als er veel bijkomende lichamelijke klachten zijn, lijkt het raadzaam de behandeling hierop aan te passen. In de richtlijnen voor depressie en somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten is er wel een rol voor de psychotherapeut of psychiater weggelegd, maar worden er geen specifieke adviezen gegeven. Hoewel er nog veel onderzoek gedaan moet worden, is er wel een aantal handvatten voor pioniers die de brug tussen lichaam en geest willen slaan. In dit artikel wordt besproken wanneer de behandeling moet worden aangepast, welke vragenlijsten daarbij behulpzaam zijn, en welke aanvullingen er mogelijk zijn op depressieprotocollen voor patiënten met comorbide lichamelijke klachten.

Trefwoorden: depressie, SOLK, somatoforme stoornis, lichamelijke klachten, comorbiditeit

INLEIDING

Dat patiënten met psychische klachten ook vaak lichamelijke klachten hebben, zal de meeste psychologen en artsen bekend voorkomen. Dat de aanmeldklacht bij de huisarts voor wat later een depressie blijkt te zijn in 70% van de gevallen een lichamelijke klacht is, zal velen toch verbazen (Simon, Vonkorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999). Patiënten rapporteren bijvoorbeeld buikpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, slapeloosheid of duizeligheid (Kroenke et al., 1994; Kroenke, 2003). Vaak wordt pas na een aantal gesprekken bij de huisarts duidelijk dat er een depressie speelt en dat tussen stemmingsklachten en de oorspronkelijk gerapporteerde lichamelijke klachten een wisselwerking bestaat (Nutting, Rost, Smith, Werner, & Elliot, 2000).

Ook angstklachten overlappen met depressie en lichamelijke klachten (De Waal, Arnold, Eekhof, & Van Hemert, 2004). In dit artikel richten we ons vooral op depressie, maar aangezien depressie en angst vaak samen voorkomen zal angst zijdelings aan bod komen. Het is in ieder geval belangrijk op angst verdacht te zijn als patiënten zich melden met pijn op de borst, duizeligheid of benauwdheid. Ook als patiënten pijn rapporteren gerelateerd aan een ongeluk of mishandeling, is het goed om aan angst te denken. Er kan sprake zijn van een fysieke herbeleving gekoppeld aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). In die situaties kan worden gedacht aan een behandeling met EMDR waarbij naast de traumatische herinnering zelf aandacht wordt besteed aan traumatiserende consequenties van pijn en de onmiddellijke beleving van pijn tijdens de sessie (Van Rood & De Roos, 2009).

Soms is er een lichamelijke oorzaak voor de depressie (denk bijvoorbeeld aan een beroerte), soms komt depressie naast een lichamelijke aandoening voor (denk bijvoorbeeld aan diabetes), maar regelmatig gaat het om lichamelijke onvoldoende verklaarde klachten. Als de klachten 'onvoldoende verklaard' zijn, of als de lichamelijke klachten ernstiger zijn dan wat op basis van somatische pathologie verwacht mag worden, dan spreken we in de DSM-IV van een somatoforme stoornis (American Psychiatric Association, 2001)¹. Schattingen van de prevalentie in de Nederlandse eerste lijn van de ongedifferentieerde somatoforme stoornis lopen uiteen tussen 13 en 27% (De Waal et al., 2004). Voor iemand bij wie een depressie is vastgesteld is het vier keer zo waarschijnlijk dat hij of zij een somatoforme stoornis heeft dan voor iemand bij wie geen depressie is gediagnosticeerd (Mergl et al., 2007).

Als stoornissen vaak samen voorkomen, rijst de vraag of je in de behandeling rekening moet houden met deze comorbiditeit. Over depressie en lichamelijke klachten is de laatste jaren steeds meer bekend geworden. Er zijn sterke aanwijzingen dat het beloop van de depressieve stoornis negatief beïnvloed wordt door de aanwezigheid van lichamelijke klachten (Huijbregts et al., 2010). De hersteltijd van de depressie is meestal langer en ook de kans op herstel is kleiner. Ook lijken patiënten met een samenloop van depressie en lichamelijke klachten geneigd om voortijdig te stoppen met het gebruik van antidepressiva vanwege de bijwerkingen van de medicatie (Huijbregts et al., 2010). Het gaat hierbij niet om het optreden van lichamelijke klachten op zich. Bijna alle patiënten met een depressie rapporteren lichamelijke klachten, bijvoorbeeld

- 1 In de DSM-5 zijn de criteria veranderd. Om van een 'somatic symptom disorder' (de opvolger van de somatoforme stoornis) te kunnen spreken hoeven lichamelijke klachten niet langer 'onverklaard' te zijn. De symptomen moeten een patiënt veel 'distress' opleveren, moeten gepaard gaan met buitenproportionele catastrofale gedachten en/of tot disfunctioneren leiden. Een voordeel hiervan zou kunnen zijn dat de discussie tussen onverklaarde en verklaarde klachten hiermee buiten de spreekkamer belandt. Deze discussie levert vaak veel onbegrip op tussen patiënt en hulpverlener. Omdat het meeste onderzoek nu nog op de DSM-IV criteria is gebaseerd, zullen die in dit artikel nog gebruikt worden.

gewichtsverlies of vermoeidheid. Het gaat om de hoeveelheid lichamelijke klachten: hoe meer lichamelijke klachten een patiënt heeft, hoe ongunstiger dat is (Hoencamp, Haffmans, Duivenvoorden, Knegtering, & Dijken, 1994; Huijbregts et al., 2013). Het eerdergenoemde onderscheid tussen ‘verklaard’ of ‘onvoldoende verklaard’ lijkt daarbij overigens niet relevant (Huijbregts et al., 2013). Hoewel in dit artikel vooral de literatuur over ‘onvoldoende verklaarde klachten’ wordt behandeld, is er reden om aan te nemen dat veel zaken ook relevant zijn voor depressie bij een chronische lichamelijke ziekte (bijvoorbeeld diabetes of COPD). Over dit onderwerp bestaat veel specifieke literatuur (zie bijvoorbeeld Bennebroek-Evertsz, Casteelen & De Ruiter, 1999).

Meestal kan een vicieuze cirkel worden opgesteld ten aanzien van de wisselwerking tussen lichamelijke en psychische klachten: een negatieve stemming verergert lichamelijke klachten en die lichamelijke klachten verergeren de negatieve stemming weer. Anders gezegd: het is moeilijk om vrolijk te blijven als je lichamelijke klachten hebt en als je niet vrolijk bent heb je minder weerstand tegen lichamelijke klachten. Negatieve gevoelens (onder meer angst en boosheid) en gedachtenpatronen (onder meer catastroferen) zetten als het ware de versterker in het brein te ver open voor lichamelijke signalen als pijn (Houtveen, 2009). De patiënt komt gevangen te zitten in de wisselwerking tussen lichaam en geest. Kortom, een behandeling van depressie is een behandeling met hindernissen als er tegelijkertijd meerdere of ernstige lichamelijke klachten spelen.

In het vervolg van dit artikel kijken we naar de indicatie voor een aangepaste behandeling van de depressie met comorbide lichamelijke klachten. We bespreken twee casussen, de problemen die zouden kunnen ontstaan bij deze patiënten wanneer men een ‘standaard protocol’ voor depressie toepast en de mogelijkheden om bij deze patiënten te werken met een aangepaste behandeling waarbij men er rekening mee houdt dat er naast de depressie veel lichamelijke klachten voorkomen. Over de casussen willen we opmerken dat de aanmeldklacht in beide gevallen een lichamelijke is. Dat is altijd het geval op de afdeling voor psychosomatiek waar wij werken. We verwachten echter op basis van de hiervoor beschreven epidemiologie dat ook bij anderssoortige afdelingen gericht op de behandeling van depressieve stoornissen vaak lichamelijke klachten voorkomen. De aanmeldreden bij de GGZ is dan een depressieve stoornis, maar de oorspronkelijke aanmeldklacht bij de huisarts zal in veel gevallen een lichamelijke zijn geweest. Het risico bestaat dat deze klachten op de achtergrond raken, en in dit artikel betogen we dat dit een gemiste kans kan zijn.

INDICATIES VOOR EEN AANGEPASTE BEHANDELING

.....

Wanneer zijn de lichamelijke klachten naast de depressie zo omvangrijk dat een aangepaste behandeling geïndiceerd is? Vragenlijsten kunnen een

goed hulpmiddel zijn. Men kan onder meer gebruikmaken van de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV; Van Hemert, De Waal, & Van Rood, 2004), de Patient Health Questionnaire 15 (PHQ15; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002), en de somatisatieschalen van de Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) en de 4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst; Terluin et al., 2006). Hoe hoger de score voor lichamelijke klachten, hoe slechter de prognose van de depressie (Huijbregts et al., 2010, 2013). De aanwezigheid van lichamelijke klachten blijkt een onafhankelijke voorspeller van een slechter beloop en van een minder effectieve behandeling. Uit een studie onder patiënten met een depressie die werden behandeld in de eerste lijn kwam namelijk naar voren dat de negatieve associatie tussen lichamelijke klachten op baseline en de (slechtere) uitkomst van behandeling significant bleef na correctie van het model voor de baselinescore voor depressie (Huijbregts et al., 2013). Het verminderde effect bij antidepressiva wordt vermoedelijk deels veroorzaakt doordat patiënten eerder stoppen met het middel (Huijbregts et al., 2010). Voor zowel medicatie als psychotherapie geldt dat ook de behandeling op zich minder effectief is als er bijkomende lichamelijke klachten zijn (Huijbregts et al., 2010). De grootte van het negatieve effect wordt meestal uitgedrukt in odds ratios². De odds op een negatief effect ligt tussen de 1.27 en 5 (Huijbregts et al., 2010). Keeley en collega's (2004) vonden bijvoorbeeld dat van de patiënten met een meer psychologische presentatie bij hun depressie 50.8% opknapte tegen 28.7% van de patiënten met een somatische presentatie.

Omdat de meeste patiënten bij wie een depressie speelt wel een of twee lichamelijke klachten zullen rapporteren, lijkt het met name zinvol de behandeling aan te passen als iemand relatief hoog scoort op lichamelijke klachten. Bij milde depressieve klachten differentieert een korte vragenlijst als de PHQ15 (15 items) nog wel tussen patiënten met veel en weinig lichamelijke klachten. Dit wordt lastiger bij een ernstigere depressie door het zogenaamde 'plafondeffect' (patiënten met een ernstige depressie hebben vaak ook veel lichamelijke klachten, dus zij behalen al snel de maximale score hiervoor).

De verhoudingsgewijs lange LKV (51 items) kan bij ernstige depressies uitkomst bieden. Van Hemert en collega's (2004) hebben met de LKV onderzoek gedaan naar de mate waarin lichamelijke klachten werden gerapporteerd door patiënten bij wie een depressie was vastgesteld. Zoals verwacht, rapporteerden de meesten behoorlijk wat lichamelijke klachten. Een hoge score op de LKV bij patiënten met een angststoornis of een depressie kwam overeen met 15 of hoger voor mannen en 17 of hoger voor vrouwen (Van Hemert et al., 2004). Het gaat daarbij om 15 of 17 symptomen waarbij

- 2 Een odds ratio zegt iets over de verhouding tussen kansen. Een odds van 5 op opknappen na een behandeling betekent bijvoorbeeld dat de verhouding tussen mensen die opknappen en mensen die niet opknappen 5 staat tot 1 is (5:1). Voor patiënten met lichamelijke klachten zijn de odds 1,27 tot 5 keer zo ongunstig als voor mensen zonder (of met minder) lichamelijke klachten.

patiënten aangaven dat ze er in de afgelopen week geregeld tot vaak last van hadden. Bij deze groep lijkt het goed om uit te zoeken of een somatoforme stoornis niet eigenlijk de hoofddiagnose is en om in overleg met de patiënt een aangepaste behandeling aan te bieden.

Voor de veel gebruikte BSI (De Beurs, 2009) is ons geen specifiek onderzoek naar lichamelijke klachten bekend. Wel is er onderzoek gedaan naar de somatisatieschaal van de SCL90-R waar de BSI op gebaseerd is. Deze score op somatisatie is gecorreleerd met een hogere depressiescore bij follow-up (Hoencamp et al., 1994). Omdat het om een correlatie gaat, is geen specifieke afkapwaarde te geven voor de BSI of de SCL90-R. Ons voorlopige advies is daarom om bij een ten minste boven gemiddelde score op de somatische klachtenschaal van de BSI of de SCL90-R specifiek aandacht aan lichamelijke klachten te besteden.

CASUS 1, EEN OVERBELASTER

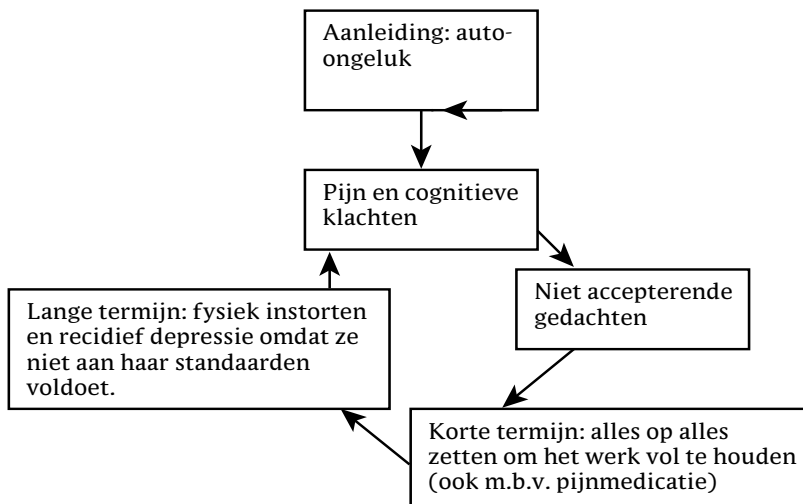
.....

Mw. Mier is een 50-jarige vrouw die zich meldt met pijnklachten, duizeligheid, cognitieve klachten, vermoeidheid en overgevoeligheid voor licht en geluid die optraden na een auto-ongeluk waarbij zij een hersenschudding opliep. Sindsdien kan ze haar werk als secretaresse bij een thuiszorgorganisatie niet meer naar eigen tevredenheid verrichten. Als zij een paar dagen heeft gewerkt voelt ze pijn door haar hele lichaam. Ze kan geen houding meer vinden waarin ze langer dan een paar minuten kan zitten. Met name de hoofdpijn wordt na verloop van tijd ondraaglijk. Met behulp van pijnstillers lukt het haar dan toch om het een paar dagen vol te houden. Uiteindelijk helpen ook de pijnstillers niet meer en rest patiënte niets anders dan zich ziek te melden. Pas dan merkt ze hoe somber ze is. Ze denkt dat ze dit op het werk ook is, maar de afleiding helpt haar er niet bij stil te staan. Op haar werk heeft zij regelmatig het idee dat ze dingen maar voor 80% goed doet. Wie iets voor 80% goed doet, doet het niet voor 100%, zo redeneert patiënte. Van huis uit heeft ze geleerd dat iemand die de 100% niet haalt, het niet goed heeft gedaan. Thuis voelt ze zich al helemaal een 'slappeling'. Bijkomend probleem is dat ze in haar huis steeds geconfronteerd wordt met de leegte sinds haar man drie jaar geleden is overleden. Op AS I werd bij patiënte een depressieve stoornis van matige ernst vastgesteld en een psychische stoornis ten gevolge van een somatische aandoening NAO (status na contusio cerebri). Daarnaast speelt een pijnstoornis. Op AS II zijn er trekken van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

De klachten worden gemeten met de BSI. *Meting bij aanvang (normtabel poliklinische patiënten)*: een hoge score op de subschalen somatische klachten en depressieve stemming. Vermeldenswaardig is dat de score op de subschaal cognitieve problemen eveneens hoog was. *Meting na 4 maanden behandeling*: de score op de subschaal somatische klachten was gemiddeld en

die voor depressieve stemming was gedaald naar boven gemiddeld. De score op de subschaal voor cognitieve problemen bleef hoog.

Op basis van het gevolgenmodel (Van Rood, Van Ravesteijn, De Roos, Spinhoven, & Speckens, 2011) wordt met patiënte een vicieuze cirkel opgesteld die de klachten mogelijk in stand houdt.



FIGUUR 1 *Vicieuze cirkel op basis van het gevolgenmodel bij casus 1.³*

CASUS 2, DUIZELIGHEID BIJ ONDERBELASTING

.....

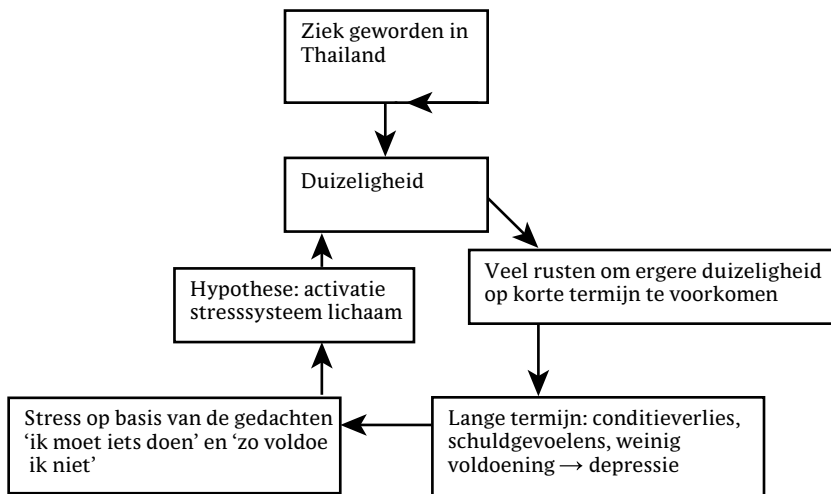
Dhr. Duizelberg is een 30-jarige man die na een reis naar Thailand jaren geleden nooit meer vrij is geweest van misselijkheid en duizeligheid. Op de eerste avond van zijn vakantie in Bangkok moest hij al snel terugkeren naar het hotel. Na het eten was hij misselijk geworden. Hij dacht aan een voedselvergiftiging, maar geen van zijn reisgenoten werd ziek. De misselijkheid ging niet over en patiënt kon bijna niet meer eten. Hij besloot eerder naar huis terug te keren. Thuis bleef hij misselijk en hij kreeg steeds meer last van duizeligheid. Ook voelde hij zich moe en zwak, hij kreeg last van veelvuldige buikpijn en hartkloppingen en merkte dat hij veel vergat. Op slechte dagen kon hij nauwelijks nog een koffiekopje naar zijn mond brengen. In het ziekenhuis volgde uitgebreid onderzoek bij onder meer de neuroloog en de internist, maar voor

- 3 Een tip is overigens hier, zoals in de vicieuze cirkel van mw. Mier, altijd een vakje met de aanleiding voor de klachten toe te voegen. Dit voorkomt discussie over de oorzaak van de lichamelijke klachten. Er is wellicht geen medisch herkenbare oorzaak, maar er is in de beleving van de patiënt vaak wel een aanleiding. De aanleiding ter discussie stellen helpt de therapie zeker in het begin vaak niet veel verder.

de duizeligheid en de andere klachten kon geen oorzaak gevonden worden. Bij een kliniek in Duitsland liet hij onderzoek doen naar de ziekte van Lyme. Er werden aanwijzingen gevonden voor deze ziekte en hij volgde een antibioticakuur. Toen dat niet hielp was hij ten einde raad en zei hij dat hij blij zou zijn als hij niet meer wakker werd. Patiënt voelde zich erg somber.

De duizelingen waren het minst erg als hij ging liggen. Inmiddels lag hij gemiddeld 18 uur per etmaal op de bank of in bed. De ouders van patiënt vermoeden dat hij veel te hard gewerkt heeft. Patiënt werkte op verschillende plaatsen in de horeca. Soms had hij drie banen tegelijk en werkte hij 70 uur per week. Patiënt denkt zelf niet dat hij te hard gewerkt heeft en beschouwt dit soort werkweken als normaal in de horeca. Hij erkent wel dat hij een periode lang erg veel stress heeft gehad, onder andere doordat de meubelzaak van zijn ouders failliet ging. Hij voelt zich schuldig dat hij nu niet kan voldoen aan de norm van 'normaal werken'. Na verwijzing naar de polikliniek Psychosomatiek van GGZ inGeest worden een ongedifferentieerde somatoforme stoornis en een depressieve stoornis gediagnosticeerd. Hij is bij aanvang ambivalent over behandeling bij de polikliniek. Hij wil wel starten, maar ook de mogelijkheid openhouden om andere behandelopties te proberen als ze op zijn pad komen.

Meting bij aanvang (normtabel poliklinische patiënten): de score op de subschaal somatische klachten van de BSI was boven gemiddeld en die voor depressieve stemming gemiddeld. *Vervolgmetingen:* aanvankelijk namen de klachten toe: een hoge score voor somatische klachten en een bovengemiddelde score voor depressieve stemming. Na een totaal van 4 maanden en het afronden van onze psychoeducatiecursus daalden de absolute scores maar bleef hij in dezelfde normgroepen vallen als bij de eerste meting. De behandeling werd daarna voortgezet met individuele cognitieve gedragstherapie.



FIGUUR 1 Viciuze cirkel op basis van het gevolgenmodel bij casus 2.

VALKUILEN IN DE BEHANDELING

.....

107

Wanneer de behandeling zich eenzijdig richt op de depressie dan wel de fysieke klachten, kunnen er problemen ontstaan. De prognose met betrekking tot behandel succes is dan minder gunstig. Dit kan leiden tot frustratie bij de patiënt en de behandelaar, waardoor het vertrouwen bij de patiënt in de kans van slagen van de therapie bij dezelfde of een andere behandelaar afneemt. Hieronder wordt een aantal voorbeelden gegeven van hoe dit zou kunnen uitpakken bij de twee casussen.

Bij de eerste casus (de overbelaster) zou het mis kunnen gaan wanneer een behandelaar zich uitsluitend richt op pijnbestrijding (bijv. door middel van medicatie), en niet op de balans tussen rust en inspanning. Overbelasting speelt een rol bij het in stand houden van de pijn. Doordat de pijn haar inspanningen niet begrenst zal zij nog meer geneigd zijn zichzelf te (over)belasten, met alle potentieel beschadigende gevolgen van dien.

Om het begrip overbelasting te begrijpen, trekken we een vergelijking met sporters. Idealiter neemt een duuratleet voldoende rust na een intensieve training. Dit leidt tot een mechanisme dat supercompensatie wordt genoemd: het lichaam bouwt zich sterker op na de lichte beschadiging (Stanley, Peake, & Buchheit, 2013). Het omgekeerde ligt echter op de loer: bij onvoldoende rust gaat het lichaam met elke training achteruit. De atleet is dan overtraint. Of dit precies zo werkt bij patiënten met depressie en lichamelijke klachten verdient nader onderzoek, maar onze klinische inschatting is dat dit mogelijk is. Bij het uitvragen van de biografie en de sociale anamnese blijkt vaak dat patiënten jarenlang over hun fysieke grenzen heen zijn gegaan en inspanning niet met rust afwisselen (soms kunnen patiënten nauwelijks ontspannende activiteiten noemen).

Wanneer de behandeling van mevrouw Mier zich vooral richt op de depressie en een standaard protocol voor gedragsactivatie (bijvoorbeeld Dimidjian, Martell, Addis, & Herman-Dunn, 2008) wordt gevolgd, kan de therapie eveneens een frustrerende exercitie worden. Het is de vraag of de moedeloosheid op de lange termijn zal afnemen als patiënte meer gaat doen. Zij zal bepaalde problemen wellicht effectief aanpakken, maar als ze hierdoor actiever wordt, neemt de pijn door overbelasting wellicht weer toe. Met behulp van pijnstillers doet ze nu al eerder te veel dan te weinig. Om dit patroon te doorbreken is het belangrijk om inspanning en rust goed met elkaar in evenwicht te brengen. Dit wordt 'pacing' genoemd. Daarover later meer.

Bij de tweede casus bestaat een vergelijkbaar risico. Wanneer de specialist geen fysieke oorzaak voor de duizeligheid kan vinden, kan de patiënt de indruk krijgen dat hij zich de klachten inbeeldt. Hij is echter wel degelijk duizelig. Patiënten vertellen met enige regelmaat dat ze zich door specialisten met een kluitje in het riet gestuurd voelen. Het belangrijkste advies aan zowel somatische als psychologische hulpverleners is dan ook: ga niet in discussie

over het al dan niet reëel zijn van lichamelijke klachten. Pijn is pijn, duizeligheid is duizeligheid. Als de patiënt duizeligheid ervaart, zal het dan ook lastig zijn hem/haar ervan te overtuigen dat hij eigenlijk angstig of paniekerig is. Aansluiten bij het taalgebruik en de ideeën van de patiënt is bij lichamelijke klachten wellicht nog belangrijker dan het normaal gesproken al is.

BEHANDELEN: LAVEREN TUSSEN DEPRESSIE EN FYSIEKE KLACHTEN

.....

Opvallend genoeg is er in de Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onvolgende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) voor gekozen om de behandeling van comorbiditeit van SOLK en depressie buiten beschouwing te laten (Trimbosinstituut, 2010). Er wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbosinstituut, 2006). In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie wordt weliswaar genoemd dat er overlap is tussen depressie en 'onverklaarde syndromen', en dat het beloop bij comorbide pijn ongunstiger is, maar ook hier worden geen specifieke behandeladviezen gegeven (Trimbosinstituut, 2013). Er wordt geadviseerd om een klinisch psycholoog, psychotherapeut, of een psychiater te consulteren. Wat deze hulpverleners moeten doen, blijft onduidelijk.

Het lijkt daarom op het eerste gezicht, in afwachting van geactualiseerde richtlijnen, geen gekke gedachte om 'gewoon de depressie te behandelen', de verhoogde uitval (bijvoorbeeld doordat patiënten stoppen met hun medicatie) voor lief te nemen en alleen de resterende groep een aangepaste behandeling te geven. Bij patiënten die boven de hiervoor genoemde afkapwaarden scoren op de LKV, zijn de percentages die profiteren van een behandeling echter dermate laag (Huijbregts et al., 2013) dat met het aanpassen van de behandeling volgens ons niet gewacht kan worden.

Een eerste stap om vorm te geven aan een aangepaste behandeling is het opstellen van een op maat gemaakte holistische theorie. Een waardevol hulpmiddel hierbij (naast de wellicht bekendere betekenisanalyse en functieanalyse) is het gevolgenmodel waarbij achtereenvolgens de cognitief/emotionele, de gedragsmatige, de lichamelijke, en de sociale gevolgen in kaart worden gebracht (Van Rood et al., 2011). Aan de hand van het gevolgenmodel kan met de patiënt een vicieuze cirkel worden opgesteld, zoals geïllustreerd in de casussen van achtereenvolgens de overbelastende (mw. Mier) en onderbelastende (dhr. Duizelberg) patiënt.

'PACING'

.....

Wat zijn de mogelijkheden om mw. Mier en dhr. Duizelberg op een succesvolle manier te behandelen op basis van hun vicieuze cirkels? Om te beginnen lijkt voor beide patiënten van belang dat zij binnen de grenzen van hun moge-

lijkheden leren bewegen. Dit wordt ook wel ‘pacing’ genoemd. Om dit begrip inzichtelijk te maken kan een vergelijking worden gemaakt met hardlooptwedstrijden waarbij ook een pacemaker (haas) ervoor zorgt dat de favorieten zich niet in het begin van de race al opblazen waardoor een goede eindtijd buiten beeld raakt.

In zijn boek *De pijn de baas* (Winter, 2009) introduceert Frits Winter de zogeheten salamimetafoor. Dit komt erop neer dat het voor patiënten van belang is om activiteit op tijd af te wisselen met rust. Winter werkt dit uit door patiënten te laten nadenken over hoe zij een grote salamiworst op zouden eten. Als je dat in een keer doet krijg je gegarandeerd buikpijn. Als je de worst in stukjes opdeelt en met pauzes ertussen opeet, lukt het wel om hem in zijn geheel te verorberen, en blijft hij ook smaken. De salamimetafoor lijkt in eerste instantie vooral relevant voor overbelasterde mw. Mier, maar ook dhr. Duizelberg zou er iets aan kunnen hebben: zijn beeld van ‘normaal werken’ is anders dan wat de meeste mensen hieronder zullen verstaan (veel meer uren) en heeft waarschijnlijk een rol gespeeld bij het ontstaan van de klachten. Het vooruitzicht van het opeten van de volledige salamiworst in één keer (zijn oude activiteitenpatroon weer oppakken) werkt niet motiverend. Het bedenken van kleine, maar op zich motiverende, stapjes zou nuttig voor hem kunnen zijn.

Het zal de lezer niet verbazen dat registreren een belangrijk hulpmiddel is om pacing vorm te geven. Het is dan wel van belang dat een patiënt ook de lichamelijke klachten registreert (met name de hoofdklacht), zodat de behandelaar kan zien hoe lichamelijke klachten, stemming en het activiteiten-niveau op elkaar inwerken. *‘De pijn de baas’* (Winter, 2009) bevat registratieschema’s die hiervoor gebruikt kunnen worden, maar ook voor depressie ontwikkelde methodes als *‘Stap voor stap je depressie te lijf’* (Addis & Martell, 2008), en *‘In de put, uit de put’* (Cuijpers, 1995) kunnen worden toegepast om pacing vorm te geven. Op basis van de registraties kan de therapeut samen met de patiënt (en in overleg met andere betrokken hulpverleners, zoals de huisarts) een nieuw ‘pacingschema’ opstellen waarbij de patiënt geleidelijk toewerkt naar een haalbaar en zo acceptabel mogelijk activiteitsniveau. Daarbij maak je een plan per dag of dagdeel van de week waarin staat hoeveel tijd je aan verschillende activiteiten wilt besteden (bijv. werk, tuinieren, lopen, fietsen, sporten). De uitkomst wordt in de volgende sessie geëvalueerd. Een algemene regel die ook terugkomt in *De pijn de baas* is: pauzeren als je het nog leuk vindt, in plaats van wachten tot het niet meer gaat.

MEDICATIE EN ‘COLLABORATIVE CARE’

.....

Naast pacing is het ook goed om uit te zoeken of er medicamenteuze behandelopties zijn waarbij naast depressie ook de lichamelijke klachten worden aangepakt. Een uitputtend overzicht van de mogelijkheden hiervoor valt bui-

ten het bestek van dit artikel, maar een artikel van De Heer en collega's (2013) beschrijft een 'collaborative care' model gericht op pijn en depressie waarin de mogelijkheden voor samenwerking op dit gebied worden uitgewerkt. In dit samenwerkingsmodel waarin hulpverleners steeds met elkaar afstemmen of de ingezette aanpak effectief is, wordt ook een medicatiealgoritme beschreven. Bij het voorschrijven van medicatie (zeker bij benzodiazepines en opioïden, maar ook bij paracetamol) is het opnieuw erg belangrijk om te registreren hoe het middel wordt gebruikt en wat het effect is. Zoals de casus van mw. Mier illustreert gebruiken veel patiënten medicatie om over hun grenzen te kunnen gaan.

Een risico bij een samenloop van depressie en lichamelijke klachten is de versnippering van de behandeling, waarbij diverse hulpverleners zich met een deel van de klachten bezighouden zonder dat ze van elkaar weten wat ze doen. Collaborative care kan dat voorkomen, aangezien het model een duidelijke richtlijn geeft voor samenwerking tussen huisarts, caremanager (vaak een SPV of praktijkondersteuner) en GGZ-specialist (vaak een psycholoog of psychiater). Wat het collaborative care model elegant maakt is dat deze samenwerking wordt gekoppeld aan 'stepped care' waardoor op gezette tijden gezamenlijk wordt geëvalueerd. Hierbij worden ook vragenlijsten gebruikt. De eerder genoemde 4DKL en de BSI lenen zich hier goed voor omdat ze zowel een schaal voor lichamelijke klachten als voor depressie hebben. Als een patiënt na een vooraf afgesproken aantal weken niet een betekenisvolle categorie verbeterd is (bijv. van hoog naar boven gemiddeld), kan dit een indicatie zijn om de behandeling te verzwaren. Medicatie toevoegen is daarbij een optie.

Goede coördinatie van zorg is bij patiënten met een comorbide somatoforme stoornis te meer noodzakelijk omdat uit de literatuur naar voren komt dat 'doctor shopping' bij hen veel voorkomt (Hiller & Fichter, 2004). Mw. Mier zou naast haar behandeling bij de GGZ bijvoorbeeld weleens tegelijkertijd bij de pijnpolikliniek van een ziekenhuis in behandeling kunnen zijn. Het is nuttig daarnaar te informeren. Bij dhr. Duizelberg zou het niet verbazen als ergens nog specialistisch onderzoek loopt of juist behandeling in het alternatieve circuit. Dit hoeft een behandeling in de GGZ niet in de weg te staan, maar afstemmen kan zeker geen kwaad. In de samenwerking met de huisarts kan daarbij een zogeheten 'consultation letter' worden gebruikt waarin de afspraken met de huisarts duidelijk op papier worden gezet (Van der Feltz-Cornelis, Van Oppen, Adèr, & Van Dyck, 2006). Idealiter bevat deze brief een samenvatting van een gesprek waarbij de patiënt is gezien door de huisarts, een consultant psychiater of psycholoog en de praktijkondersteuner GGZ gezamenlijk.

In het door De Heer en collega's (2013) beschreven collaborative care model wordt daarnaast ook de optie van samenwerking met een psychosomatische fysiotherapeut genoemd; anders dan een reguliere fysiotherapeut beschikt een psychosomatische fysiotherapeut over competenties om lichame-

lijke klachten in een psychosociale context te behandelen (Mulders, Boersma, IJntema, & Coppolse, 2009). Hiermee overbruggt het collaborative care model de kloof tussen lichaam en geest nadrukkelijk, waardoor patiënten zich naar verwachting meer serieus genomen zullen voelen. Dit helpt voorkomen dat patiënten als mw. Mier en dhr. Duizelberg de therapie voor hun depressie voortijdig afbreken.

LICHAAMELIJKE KLACHTEN ANDERS DAN PIJN

.....

Veel methoden die nuttig lijken voor het behandelen van lichamelijke klachten bij een depressie zijn gericht op pijn. Wat zijn de opties als het andere lichamelijke klachten betreft? Deels is dit onontgonnen gebied, maar deels biedt de eerdergenoemde *Richtlijn SOLK* (Trimbos-instituut, 2010) wel degelijk aanknopingspunten. De eerste stap is dan het identificeren van de hoofdklacht op lichamelijk gebied, naast de depressie. Als dit bijvoorbeeld het prikkelbare darmsyndroom (PDS) betreft, geeft de richtlijn als advies om naast cognitieve gedragstherapie ook hypnotherapie te overwegen. Bij cognitieve gedragstherapie voor patiënten met PDS is het toevoegen van ontspanningsoefeningen een aanbeveling. Tricyclische antidepressiva zijn bewezen effectief, maar daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat een aantal probiotica een gunstig effect heeft. Met deze kennis uit de richtlijn kan een meer afgewogen en op de patiënt aangepast behandelplan worden opgesteld. De richtlijn SOLK is wel het meest uitgebreid voor PDS. Als vermoeidheid de belangrijkste klacht is, kan met de patiënt worden gekeken of cognitieve gedragstherapie op de vermoeidheid toegesneden moet worden in plaats van puur op de depressie. Het door Bleijenberg en collega's (Bleijenberg, Prins, & Bazelmans, 2001) ontwikkelde behandelprotocol voor chronische vermoeidheid kan hier een leidraad bij zijn (zie ook Knoop & Bleijenberg, 2010).

In alle gevallen is de vicieuze cirkel op basis van het gevolgenmodel een belangrijk uitgangspunt. Bij de casus van de heer Duizelberg zou de behandeling zich kunnen richten op de hypothese dat het stresssysteem (het 'fight or flight system') overactief is. Ontspanningsoefeningen en psychoeducatie kunnen in dat geval worden toegevoegd aan gedragsactivatie, zodat er een goed evenwicht ontstaat tussen inspanning en rust. Bij duizeligheid adviseert het Nederlands Huisartsgenootschap aandacht te besteden aan een aantal zaken: aan conditie, houding en kracht, aan preventie van vallen en aan sociale isolatie (NHG, 2002). Valpreventie houdt bijvoorbeeld in dat de patiënt op tijd even gaat zitten of liggen, maar dus niet voortdurend gaat liggen zoals de heer Duizelberg. Een cobehandeling met een psychosomatische fysiotherapeut of een in psychosomatiek gespecialiseerde psychomotorische therapeut kan nuttig zijn om de patiënt te leren om op gedoseerde wijze te bewegen en rust te nemen.

ACCEPTATIE

.....

112

Als de klachten chronisch zijn en er veel behandelingen hebben plaatsgevonden, blijft pacing van belang, maar is het goed om de verwachtingen over volledig herstel te temperen. In dat geval komt de focus van de behandeling te liggen op acceptatie van de klachten. Met acceptatie wordt niet bedoeld 'je er maar bij neerleggen'. Het gaat erom actief te werken aan het maximaliseren van de kwaliteit van leven in het besef dat de klachten blijvend zijn. In het boek *Pijn zonder strijd* gebruikt Spaans (2010) de volgende metafoor: chronische pijn is te vergelijken met een ongenode gast op een feest. Je hebt alles gedaan om hem de deur te wijzen, maar niets helpt. Hoe meer je probeert deze gast van het feest te verwijderen, hoe meer hij het feest vergalt. Uiteindelijk is het beter om het beste van het feest te maken, ondanks de ongenode gast. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan een geschikte methode zijn om de kwaliteit van leven te maximaliseren bij chronische klachten. Bij chronische pijnklachten is deze methode bewezen effectief (Thorsell et al., 2011; Veehof, Oskam, Schreurs, & Bohlmeijer, 2011; Wetherell et al., 2011). In een meta-analyse waarin in totaal 1235 patiënten met chronische pijn werden meegenomen, werden kleine maar significante effectgroottes gevonden (Cohen's delta) van 0.32 voor depressieve klachten en 0.37 voor pijn (Veehof et al., 2011). Dat maakt ACT een interessant alternatief voor patiënten met een combinatie van lichamelijke klachten en pijn.

Daarbij willen we wel één kanttekening plaatsen: de methode is mogelijk minder geschikt als naast de lichamelijke klachten sprake is van een ernstige depressie. De patiënt wordt dan gevraagd de gedachte aan volledig herstel op te geven om ruimte te maken voor meer adequate copingstrategieën. Maar als de depressie te heftig is zou dit demoralisatie in de hand kunnen werken. Hoewel in een aantal gevallen het opgeven van de gedachte aan volledig herstel tot opluchting leidt, is het voorstelbaar dat het bij andere patiënten met ernstige klachten de depressie versterkt. Anderzijds is het ook frustrerend en somber makend voor een patiënt om in het streven naar volledig herstel keer op keer te merken dat dit een doodlopende steeg is.

Acceptatie hoeft niet altijd de laatste stap te zijn als alles al is geprobeerd. Als de depressie niet te ernstig is, kan men er juist soms ook mee beginnen: juist het niet accepteren van de problemen en het steeds opzoeken van de grens, zorgt er immers vaak voor dat de klachten in hun huidige ernst blijven bestaan. Het is verstandig om voor de start van de behandeling na te denken over de fasering van elementen als 'pacing' en acceptatie. Bij dhr. Duizelberg is het zeker voorstelbaar dat starten met ACT hem een frustrerende gang langs vele medische en paramedische disciplines had bespaard. Nu zou de behandelmethode als 'laatste kans' fungeren terwijl hij zich al een 'onderbelastende copingstijl' heeft eigengemaakt. Ook bij onderbelasting is onze ervaring overigens dat ACT veel op kan leveren.

Spaans (2010) omschrijft ACT als volgt: 'Kern van de ACT-filosofie is dat vechten tegen onvermijdelijke zaken, zoals pijn, uiteindelijk ten koste gaat van een waardevol leven. Je leert ervan dat je niet bekneeld raakt in je eigen innerlijke ervaringen, maar je eigen waarden blijft volgen.' Onderbelasting volgt in de regel op een cyclus van langdurige overbelasting, instorten en weer opkrabbelen. Bij onderbelasting heeft de patiënt het opgegeven om nogmaals aan de cyclus te beginnen. Meestal is volledig herstel dan ook niet langer realistisch. Voor dhr. Duizelberg zal dit betekenen dat 70 uur per week werken er niet meer in zit. Zijn kwaliteit van leven binnen de beperkingen is niet optimaal. Cognities als 'ik voldoe niet als ik niet voluit kan werken' spelen hierbij een rol. In therapie zal hij moeten leren dat iemand met een lichamelijke beperking toch van waarde is. Een oriëntatie op waarden die voor hem belangrijk zijn kan hem hier bij helpen. Overigens zorgt een dergelijke heroriëntatie op waarden er soms voor dat de patiënt weer actiever wordt. Soms treedt dan alsnog een verbetering in het lichamelijke toestandsbeeld op. Denk hierbij ook weer aan het eerder genoemde mechanisme van supercompensatie: door binnen je grenzen actiever te worden verbeteren de lichamelijke conditie en de mentale fitheid.

EEN OP MENTALISEREN GERICHTE HOUDING

.....

De laatste jaren wordt in de literatuur steeds meer aandacht besteed aan het belang van mentaliseren bij het behandelen van lichamelijke klachten (Spaans, Veselka, Luyten, & Bühring, 2009). Met lichaamsgericht mentaliseren wordt bedoeld dat patiënten het vermogen ontwikkelen om hun eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen en een verbinding te leggen met onderliggende mentale toestanden. De assumptie is dat dit vermogen tekortschiet bij patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Mogelijk zijn negatieve gedachten en emoties voor deze patiënten relatief lastig bereikbaar, maar uiten ze zich wel in lichamelijk opzicht. Technieken die in deze behandelingen worden toegepast zijn bijvoorbeeld het bespreken van lichaamssignalen die de cliënt bij jezelf oproept (spiegelfunctie), en de patiënt woorden leren geven aan diens eigen lichaamssignalen. Het accent ligt ook sterk op het opbouwen van veilige gehechtheid tussen patiënt en therapeut. Op mentaliseren gebaseerde behandeling is een veelbelovende ontwikkeling waarnaar hopelijk meer effectonderzoek gedaan zal worden.

TOT BESLUIT

.....

Er is veel te onderzoeken met betrekking tot de overlap tussen lichamelijke klachten en depressie. Vooralsnog vraagt de behandeling van deze patiënten

improvisatietalent van de therapeut, wat het bevredigende gevoel kan geven een pionier te zijn.

Tot slot geven we enkele tips die de clinicus kan meenemen in de dagelijkse praktijk. Deze worden beschreven in box 1.

Box 1. Vijf tips voor de behandeling van depressie met lichamelijke klachten

1. Inventariseer lichamelijke klachten bij patiënten met een depressie.
2. Ga niet in discussie over hoe de lichamelijke klachten zijn ontstaan.
3. Stel een vicieuze cirkel op die het in stand houden van zowel de stemmingsklachten als de lichamelijke klachten beschrijft.
4. Voorkom 'doctor shopping' zonder regie. Werk samen met de huisarts en betrek zo nodig een psychosomatische fysiotherapeut.
5. Maak 'pacing' en acceptatie (niet hetzelfde als 'je erbij neerleggen') onderdeel van je therapeutische arsenaal. Denk goed na over de fase-ring van deze interventies.

DR. K.M.L. HUIJBREGTS (1980) is als psycholoog verbonden aan GGZinGeest, tot september 2013 bij de Polikliniek Angst en Dwang, en sindsdien bij de afdeling Angst en de Academische werkplaats angst.

DR. M.J. REINDERS (1956) is klinisch psycholoog bij GGZinGeest, op de Polikliniek Psychosomatiek. Correspondentieadres: GGZinGeest, t.a.v. K. Huijbregts, Postbus 74077 1070 BB Amsterdam, khuijbregts@gmail.com

Summary Concomitant physical symptoms next to a Major Depressive Disorder pose a challenge to clinicians. When should they stick to a depression protocol, and when do they need to customize treatment to meet the specific needs of this group of patients? Research shows that the course and treatment effect are less favourable for this group, but the guidelines in the Netherlands do not offer much help yet. Although more research is necessary, some advice is possible for pioneers who want to bridge 'the gap' between mind and body. This article discusses some of the possibilities to adjust treatment as well as questionnaires that can be useful.

Key words: *depressive disorder, somatoform disorders, medically unexplained physical symptoms, comorbidity*

Literatuur

Addis, M., & Martell, C. (2008). *Stap voor stap je depressie te lijf*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers.

American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical*

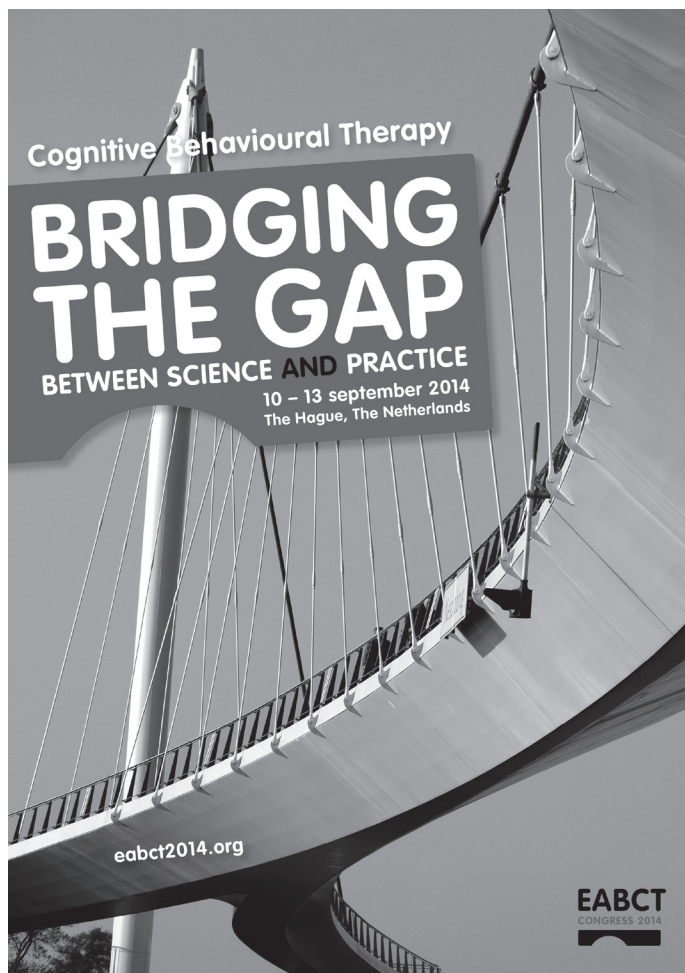
manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bennebroek-Evertsz, F., Casteelen, G., & de Ruiter, J.D. (1999). Hoofdstuk 9: *Verdriet, somberheid en depressie bij lichamelijke zieke mensen*. In J.C.M. de

- Haes, A.M. Hoos, & J.J. van Everdingen (eds.), *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier Bunge.
- Bleijenberg, G., Prins, J., & Bazelmans, E. (2001). *Chronische vermoeidheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cuijpers, P. (1995). *In De Put, Uit De Put*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- De Heer, E.W., Dekker, J., van Eck-van der Sluijs, J.F., Beekman, A.T., van Marwijk, H.W., Holwerda, T.J., van der Feltz-Cornelis, C.M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of transmurale collaborative care with consultation letter (TCCCL) and duloxetine for major depressive disorder (MDD) and (sub)chronic pain in collaboration with primary care: design of a randomized placebo-controlled multi-Centre trial: TCC:PAINDIP. *BMC Psychiatry*, 13, 147.
- De Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A., Van Hemert, & A.M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.
- De Beurs, E. (2009). *BSI, Brief Symptom Inventory, Handleiding addendum*. Leiden: PITS B.V.
- Derogatis, & L.R., Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595-605.
- Dimidjian, S., Martell, C.R., Addis, M.E., & Herman-Dunn, R. (2008). *Behavioral Activation for Depression*. In D.H. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hiller, W., & Fichter, M.M. (2004). High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 437-443.
- Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J., Duivenvoorden, H., Knegtering, & H., Dijken, W.A. (1994). Predictors of (non)-response in depressed outpatients treated with a three-phase sequential medication strategy. *Journal of Affective Disorders*, 31, 235-246.
- Houtveen J. (2009). *De dokter kan niets vinden. Het raadsel van medisch onverklaarde lichamelijke klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Huibregts, K.M., van der Feltz-Cornelis, C.M., van Marwijk, H.W., de Jong, F.J., van der Windt, D.A., & Beekman, A.T. (2010). Negative association of concomitant physical symptoms with the course of major depressive disorder: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (6), 511-9.
- Huibregts, K.M., de Jong, F.J., van Marwijk, H.W., Beekman, A.T., Adèr, H.J., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2013). A high physical symptom count reduces the effectiveness of treatment for depression, independently of chronic medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (3), 179-185.
- Keeley, R.D., Smith, J.L., Nutting, P.A., Miriam, D.L., Perry, D.W., & Rost, K.M. (2004). Does a depression intervention result in improved outcomes for patients presenting with physical symptoms? *Journal of General Internal Medicine*, 19(6), 615-623.
- Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2010). *Het chronisch vermoeidheidssyndroom, behandelprotocol cognitieve gedragstherapie voor CVS*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Linzer, M., Hahn, S.R., deGruy 3rd, F.V., & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(9), 774-779.

- Kroenke K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A.K., Moller, H.J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24(3), 185-195.
- Mulders N., Boersma R., Ijntema R., & Coppolse R. (2009). *Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut NFP*. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek.
- Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). (2002). *NHG-standaard duizeligheid (M75)*. Utrecht: NHG.
- Nutting, P.A., Rost, K., Smith, J., Werner, J.J., & Elliot, C. (2000). Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1059-1064.
- Simon, G.E., Vonkorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335.
- Spaans, J. (2010). *Pijn zonder strijd*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P., & Bühring, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 239-248.
- Stanley, J., Peake, J.M., & Buchheit, M. (2013). Cardiac parasympathetic reactivation following exercise: implications for training prescription. *Sports Medicine*, 43(12), 1259-1277.
- Terluin, B., van Marwijk, H.W., Adèr, H.J., de Vet, H.C., Penninx, B.W., Hermens, M.L., Stalman, W.A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6, 34.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrandt, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 27(8), 716-23.
- Trimbosinstituut (2010). *Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (solk) en somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Trimbosinstituut. *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3e revisie)* (2013). Utrecht: Trimbosinstituut.
- Van Hemert, A.M., de Waal, M.W., & Van Rood, Y.R. (2004). Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(10), 693-696.
- Van der Feltz-Cornelis, C.M., van Oppen, P., Adèr, H., & van Dyck R. (2006). Randomised Controlled Trial of a Collaborative Care Model with Psychiatric Consultation for Persistent Medically Unexplained Symptoms in General Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 282-289.
- Van Rood, Y., & De Roos, C. (2009). EMDR in the treatment of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic

- Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 248-263.
- Van Rood, Y., Van Ravesteijn, H., De Roos, C., Spinhoven, P., & Speckens, A. (2011). *Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel*. In G. Keijers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (eds.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M., & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-42.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-107.
- Winter, F. (2009). *De pijn de baas*, 10^e druk. Soest: RuienbergBoek.



Protocollaire behandeling op maat: een casusbeschrijving

MAAIKE VAN DORSTEN, ERIK TEN BROEKE & KEES KORRELBOOM

Samenvatting

Bij de behandeling van veel psychische stoornissen is momenteel een *evidence-based* behandelprotocol beschikbaar, wat onmiskenbaar veel waarde heeft in de therapeutische praktijk. Echter, de standaardinterventies hebben niet altijd de verwachte uitwerking. Een goede casusconceptualisatie volgens de principes van de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie kan behulpzaam zijn bij het optimaal aanpassen van een protocollaire behandeling aan een specifieke patiënt. In dit artikel wordt aan de hand van een gevalsbeschrijving geïllustreerd hoe een geïndividualiseerde taxatie en daaruit volgend behandelplan een rol kan spelen bij het (opnieuw) behandelen van een patiënte die een forse terugval doormaakt na een op zichzelf schijnbaar effectieve, strikt protocollair uitgevoerde behandeling. Afgesloten wordt met enkele overwegingen ten aanzien van de verhouding tussen standaard- en individu-specifieke behandelingen voor de hier gepresenteerde casus en ook in meer algemene zin.

Trefwoorden: protocollaire behandeling, geïndividualiseerde behandeling, casusconceptualisatie, gevalsbeschrijving, terugval, geïntegreerde cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

Bij de behandeling van veel psychische stoornissen heeft de therapeut inmiddels de mogelijkheid gebruik te maken van zogenaamde *evidence-based* behandelprotocollen. Dergelijke protocollen hebben veel waarde in de therapeutische praktijk; zij bieden de therapeut structuur en concrete handvatten bij de behandeling van de desbetreffende stoornis. Kenmerkend voor een standaardbehandeling is dat niet of nauwelijks een expliciete patiëntspecifieke casusconceptualisatie wordt opgesteld. Het is immers al bekend wat in

het algemeen het beste beleid is bij de desbetreffende stoornis. Dat betekent overigens niet dat er geen sprake is van een impliciete casusconceptualisatie. Een (inmiddels) standaardbehandeling is immers gebaseerd op de gemeenschappelijke conceptuele aspecten van de desbetreffende stoornis. Omdat de nadruk ligt op de overeenkomsten tussen stoornissen (en patiënten), hoeven de casusconceptualisaties niettemin niet meer geëxpliciteerd te worden. Mede op basis van deze overeenkomsten zijn de protocollen ontwikkeld, in wetenschappelijk onderzoek geëvalueerd en effectief bevonden (Hermans, 2001).

In sommige gevallen schiet een protocol niettemin tekort: de patiënt knapt niet of niet voldoende op. Daarnaast kan het zijn dat de patiënt weliswaar in het algemeen wel opknapt, maar dat bepaalde aspecten van de problematiek onveranderd blijven. De standaardinterventies hebben dan niet de uitwerking die werd verwacht.

Keijsers, Verbraak, Ten Broeke en Korrelboom (2009) beargumenteren dan ook dat een goede casusconceptualisatie in veel gevallen behulpzaam kan zijn bij het optimaal aanpassen van een protocolaire behandeling aan de specifieke patiënt. Daarbij wordt voorgesteld om, na en naast de bepaling van de classificatie in termen van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) of DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en de selectie van een eventueel beschikbare standaardbehandeling, door middel van het opstellen van functie- en betekenisanalyses (Korrelboom & Ten Broeke, 2014) een geïndividualiseerde interventiestrategie te bepalen. Waar beide behandelplannen met elkaar op belangrijke punten in tegenspraak zijn, moet een beargumenteerde keuze worden gemaakt voor één van beide benaderingen. Dit kan er toe leiden dat twee patiënten met een paniekstoornis ieder een (enigszins) andere behandeling krijgen, ook al bestaat er een stevig onderbouwde standaardbehandeling (zie Ten Broeke, Korrelboom, & Van der Heiden, 2011) voor een voorbeeld en argumentatie).

Een andere optie is om 'pas' nadat de standaardbehandeling niet (voldoende) effectief is gebleken of wanneer er sprake is van onverwachte terugval, een geïndividualiseerde casusconceptualisatie op te stellen en op basis daarvan een nieuw behandelplan te bepalen. Voor beide benaderingen kunnen argumenten worden aangevoerd (zie Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2011; Keijsers, Verbraak, Ten Broeke, & Korrelboom, 2009; Korrelboom & Ten Broeke, 2014).

In dit artikel wordt de visie aangehangen dat standaardbehandelingen veel waarde hebben voor de klinische praktijk en dat het opstellen van functie- en/of betekenisanalyses voorafgaand aan de behandeling kan helpen voorkomen dat die standaardbehandeling stagneert. Dit betekent dat naast de DSM-classificatie eveneens een geïndividualiseerde casusconceptualisa-

tie wordt opgesteld en op basis daarvan wordt gekozen voor een van de volgende vier opties:

- 1 Standaardbehandeling indien de analyses geen aanleiding geven tot aanpassing
- 2 Standaardbehandeling plus aanvullende interventies op basis van de analyses
- 3 Standaardbehandeling minus bepaalde interventies op basis van de analyses
- 4 Een goeddeels idiosyncratische behandeling op basis van de analyses, hoewel er wel een standaardbehandeling voor de betreffende ‘DSM problematiek’ is beschreven

De volgorde van deze opties is niet lukraak. De mate waarin eisen worden gesteld aan de argumentatie om voor het desbetreffende beleid te kiezen neemt toe met iedere volgende optie; er wordt immers in toenemende mate afweken van de ‘voorgeschreven’ standaardbehandeling.

Deze visie is niet zonder problemen. In de eerste plaats is nergens aangetoond dat een geïndividualiseerde casusconceptualisatie een meerwaarde kan hebben, laat staan vanzelfsprekendheid heeft, ten opzichte van een standaardbehandeling. In de tweede plaats is er het probleem van de betrekkelijke onbetrouwbaarheid van geïndividualiseerde zoekschema's. Verschillende therapeuten maken regelmatig verschillende analyses van dezelfde casus, ook al gebruiken zij hetzelfde model. Ondanks de vooralsnog beperkte empirische ondersteuning voor de individuele casusconceptualisatie zijn wij met onder meer Hermans (2001) van mening dat zo'n individuele analyse nut heeft. Wij onderschrijven tevens de observatie van Craske (2010) dat: *“Lack of CBT competency, even among self-described CBT clinicians, may be additionally attributed to the overemphasis on training in CBT procedures at the cost of training in CBT principles”* (p.4).

De hier gepresenteerde casus illustreert hoe een geïndividualiseerde taxatie en daaruit volgend behandelplan een rol kan spelen bij het (opnieuw) behandelen van een patiënte die een even onverwachte als forse terugval doormaakt na een op zichzelf schijnbaar effectieve, strikt protocollair uitgevoerde behandeling¹. Niet in het minst vanwege de opvallende dynamiek van de her-aanmelding wordt in dit geval niet gekozen voor een zo goed mogelijke ‘meer van hetzelfde, maar beter’ (zie Emmelkamp & Hoogduin, 2013), maar wordt er een casus-conceptualisatie opgesteld in termen van functien en betekenisanalyses. Dit leidt tot een nieuw en in belangrijke mate ander behandelbeleid dan de eerdere standaardbehandeling. Aansluitend worden de implicaties hiervan besproken. Afgesloten wordt met overwegingen ten aanzien van de verhouding tussen standaard- en individu-specifieke behandelingen in meer algemene zin.

CASUS MIEKE

Probleeminventarisatie

121

Mieke is een 30-jarige vrouw die zich op advies van de bedrijfsarts aanmeldt met lichamelijke spanningsklachten, emotionaliteit, doorslaapproblemen en lichamelijke en geestelijke vermoeidheid. De klachten hebben zich vanaf ongeveer drie maanden voor aanmelding geleidelijk opgebouwd. Bij de intake zijn de klachten in ernstige mate aanwezig, zoals blijkt uit de score op de Symptom Check List (SCL-90 ; Derogatis, 1977; afgenomen in de Nederlandse bewerking door Arrindell & Ettema, 1986) van 178, wat in vergelijking met de normale populatie een hoge score is (de score op de subschaal angst is 17, wat in vergelijking met de normale populatie een hoge score is). Mieke schrijft de klachten toe aan toegenomen werkdruk nadat ze vanwege een ziekmelding achterop was geraakt. Haar perfectionistische houding ten opzichte van haar werk en de angst om te falen maakten het bepaald niet gemakkelijker om de achterstanden in te lopen. Uiteindelijk heeft haar leidinggevende het vertrouwen in haar opgezegd en haar overgeplaatst naar een administratieve functie.

De hulpvraag bij aanmelding bij de eerste auteur is gericht op afname van de klachten, het tijdig (h)erkennen van haar grenzen en het stellen van realistische eisen aan zichzelf. In het kader van de DSM-classificatie werd een Aanpassingsstoornis met angst (309.24) vastgesteld en is ze geïncludeerd in een gerandomiseerde studie naar het protocol bij aanpassingsstoornissen (Van der Heiden & Verbraak, 2010). In het kader van het onderzoek krijgt zij een strikt geprotocolleerde behandeling. De enige aanvulling op dit protocol is een overleg met de leidinggevende, gericht op evaluatie en re-integratie in de eigen functie.

Beloop van de geprotocolleerde behandeling

De behandeling is wat betreft inhoud en werkhouding van Mieke 'volgens het boekje' verlopen. De interventies waren allereerst gericht op het veranderen van de leefstijl en het opstellen en uitvoeren van een stressmanagementprogramma. Daarna is met behulp van verbale uitdaging en gedragsexperimenten de manier van omgaan met de eerdere werkomstandigheden — zoals het stellen van irreële eisen aan zichzelf en het te weinig en te laat (h)erkennen en aangeven van haar grenzen — onderzocht en waar nodig bijgesteld. In het overleg met de leidinggevende is gesproken over re-integratie in de eigen functie. Verder is er een concrete methode voor het oplossen van problemen aangeboden, waarmee Mieke heeft geleerd hoe ze in de toekomst praktische problemen anders kan aanpakken. Tot slot zijn de geleerde terugvalpreventiestrategieën concreet gemaakt en vastgelegd.

Afronding van de standaardbehandeling

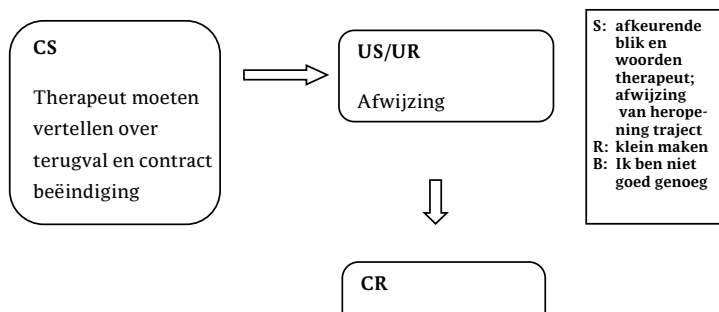
122

Na 12 sessies is Mieke nagenoeg klachtenvrij (SCL-90 score (Arrindell & Ettema, 1986): 114, wat in vergelijking met de normale populatie een gemiddelde score is. De score op de subschaal angst is 11 wat in vergelijking met de normale populatie een lage score is. In onderling overleg is de behandeling naar tevredenheid afgesloten. Na drie maanden vindt een *follow-up* gesprek plaats, waarin ze vertelt te zijn gestart met een nieuw project en dat zij de in de therapie geleerde vaardigheden nog regelmatig toepast. Er waren verder geen bijzonderheden; de behandeling werd dan ook afgesloten.

'Onverwachte' terugval

Twee maanden na het *follow-up* gesprek wordt Mieke door de bedrijfsarts echter opnieuw aangemeld vanwege 'forse klachten en volledige ziekmelding op het werk'. In de eerste sessie is ze zeer geëmotioneerd. Na enig aandringen vertelt zij de stellige verwachting te hebben dat de therapeut haar afkeurend zal toespreken met betrekking tot het 'niet goed genoeg uitvoeren van de eerder geleerde vaardigheden' en haar daarom zal afwijzen voor een herstart van de behandeling. Ze voegt eraan toe dit eigenlijk ook te verdienen, omdat ze inderdaad niet goed genoeg zou zijn. Door een begripvolle opstelling en het benadrukken van het feit dat Mieke (opnieuw) welkom is voor behandeling werd de angstige verwachting vrijwel direct gefalsificeerd. Maar de kennelijk intense angst voor afwijzing en 'niet goed genoeg zijn' waren niet expliciet naar voren gekomen in de eerdere klachtgerichte, geprotocolleerde behandeling. Duidelijk is dat er thans sprake is van sterke emotionaliteit, moedeloosheid en ontredde. De therapeut overweegt de mogelijkheid de eerder aangeboden geprotocolleerde behandeling te *updaten* en waar nodig te herhalen. Gelet echter op de heftigheid van terugval, de opvallende angst te worden afgewezen door de therapeut en — vooral — de zich nu manifesterende overtuiging 'niet goed genoeg te zijn' is ervoor gekozen de eerste twee sessies te gebruiken om 'op maat' functieanalyses (FA) en betekenisanalyses (BA) op te stellen (Korrelboom & Ten Broeke, 2014).

Op basis van de (hernieuwde) aanmeldingsklacht zou het voor de hand hebben gelegen om eerst die klachten te analyseren met behulp van een FA: welke, waarschijnlijk disfunctionele gedragingen zet patiënte in om met de omstandigheden waarin zij verkeert om te gaan? Bij deze heraanmelding is de angst voor afwijzing door de therapeut echter zo heftig en op de voorgrond aanwezig dat de therapeut allereerst besluit om in ieder geval voor zichzelf deze angst nader te analyseren. De volgende BA wordt daartoe opgesteld (figuur 1). Daarin komt meer concreet naar voren dat patiënte met name bang is voor de afkeurende houding van de therapeut en voor de verwachting dat zij niet opnieuw in behandeling zal worden genomen.



FIGUUR 1 BA 1: Verwachte afwijzing door de therapeut

VERKLARENDE DIAGNOSTIEK: FUNCTIE- EN BETEKENISANALYSES

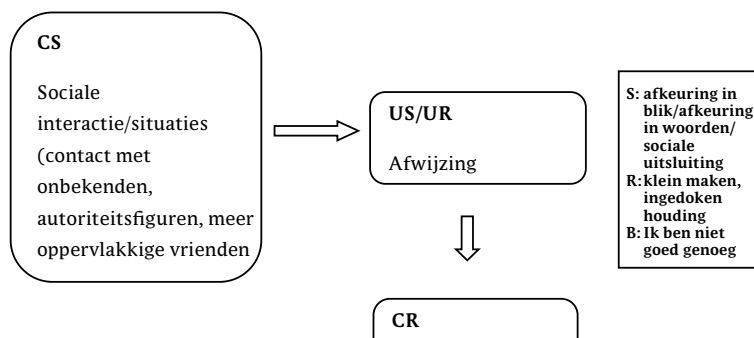
.....

Daarna wordt de aandacht op de (hernieuwde) klachten gericht. Mieke rapporteert bij de her-aanmelding huilbuien, lichamelijke spanningsklachten, piekeren, slaapproblemen, vermoeidheid, onrust en angst. Haar SCL-90 score (Arrindell & Ettema, 1986) is 230, wat in vergelijking met de normale populatie een zeer hoge score is. Op de subschaal angst scoort ze 30, wat in vergelijking met de normale populatie ook een zeer hoge score is). Sinds de ziekmelding probeert ze de confrontatie met het werk (ook de beelden en gedachten daarover) te vermijden. Niettemin heeft ze er 's nachts wel angstige dromen over. Over de periode vanaf het *follow-up* gesprek vertelt ze dat de werkdruk flink opliep. Ze raakte op een gegeven moment het overzicht kwijt, waarbij ze overvallen werd door de angst te zullen terugvallen in haar eerdere klachten. Ze liep in paniek weg van haar werkplek en kwam op de gang haar voormalige leidinggevende tegen, die een denigrerende opmerking maakte over haar emotionele toestand. In een later gesprek met de huidige leidinggevende werd ze erg emotioneel toen ze aangaf weer spanningsklachten te krijgen van haar werk en het niet meer te kunnen overzien. Daarna is ze 'ziek' naar huis gestuurd. Enkele dagen later heeft ze telefonisch te horen gekregen dat haar jaarcontract niet werd verlengd.

In de therapie bekent ze voorafgaand aan de eerste aanmelding vaker kleinerend te zijn toegesproken door de toenmalige leidinggevende, ook in aanwezigheid van een aantal collega's. De herhaalde afwijzing in combinatie met de contractbeëindiging bracht haar ernstig uit haar evenwicht en leidde tot een forse terugval met de huidige her-aanmelding als gevolg.

Bij het in kaart brengen van de achtergronden van de terugval, blijkt dat de angst voor afkeuring of afwijzing door de therapeut (figuur 1) geen eenmalig incident is. Dezelfde angst manifesteert zich in allerlei sociale situaties, zoals op het werk, bijvoorbeeld tijdens vergaderingen, maar ook tijdens informele

contacten, zoals bij een gesprek op een feestje. Als Mieke wordt gevraagd hoe een prototypische afwijzing er in haar geval uitziet, dan noemt ze dat de ander dan duidelijke afkeuring laat zien in zijn blik of woorden of dat ze buiten de groep wordt geplaatst (de zogenaamde ‘stimulus-aspecten’ van haar cognitieve representatie van ‘afwijzing’). Zij zal dan de neiging krijgen zich zo klein mogelijk te maken (de ‘respons-aspecten’) en er zullen allerlei gedachten en opvattingen zijn rondom het thema ‘niet goed genoeg zijn’ (de ‘betekenisaspecten’) (zie de uitwerking van deze stimulus-, respons- en betekenis- (SRB-) aspecten in figuur 2). De specifieke BA in figuur 1 kan dus worden veralgemeniseerd naar de BA in figuur 2.



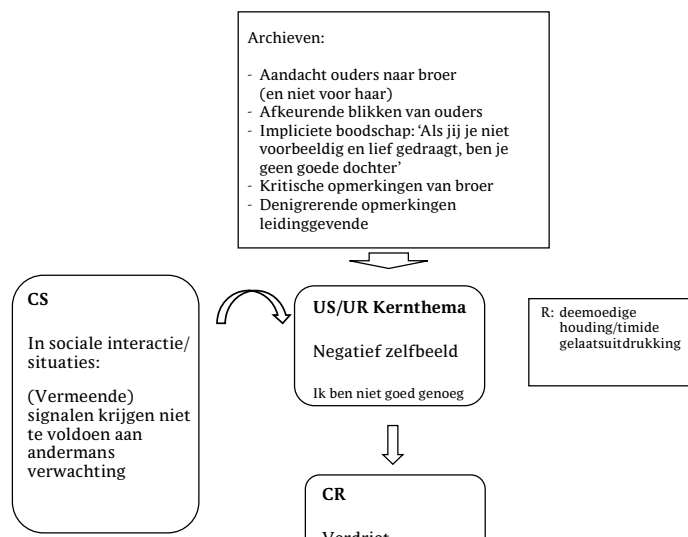
FIGUUR 2 BA 2 : Angst voor afwijzing in sociale situaties

Mieke vertelt dat ze vroeger een verlegen en braaf meisje was. Ze had veel sociale contacten, had hobby's en haalde goede cijfers op school. Haar (enige) oudere broer had wat gedragsproblemen, waaraan haar ouders veel tijd en aandacht besteedden. Van haar werd verwacht zich probleemloos te gedragen, op straffe van afkeuring. Ze begreep als klein meisje al snel dat ze een lieve en goede dochter werd gevonden zolang ze zich maar aan de regels en (vermeende) verwachtingen van haar ouders hield. Op de middelbare school nam haar broer, met wie ze vaak alleen thuis was, de impliciet kritische en afkeurende rol van haar ouders expliciet over. Zijn opmerkingen richtten zich op haar (overigens goede) prestaties op school of haar (overigens bijna altijd onberispelijke) gedrag. Wat haar is bijgebleven van deze periode is dat ze zich in steeds meer situaties onzeker ging voelen. Ze had niet alleen voortdurend de angst dat anderen haar zouden afwijzen en 'niet goed genoeg' zouden vinden, maar vooral ook dat zij daarin gelijk hadden.

'Niet goed genoeg zijn' is voor Mieke een emotioneel beladen kernthema. De leerervaringen die als het ware bewijzen dat zij 'niet goed genoeg' is worden weergegeven in een zogenaamd archief. Het opnemen van een archief met leerervaringen in een BA die een kernthema beschrijft verklaart het ontstaan van dat thema (zie Korrelboom & Ten Broeke, 2014, voor een toe-

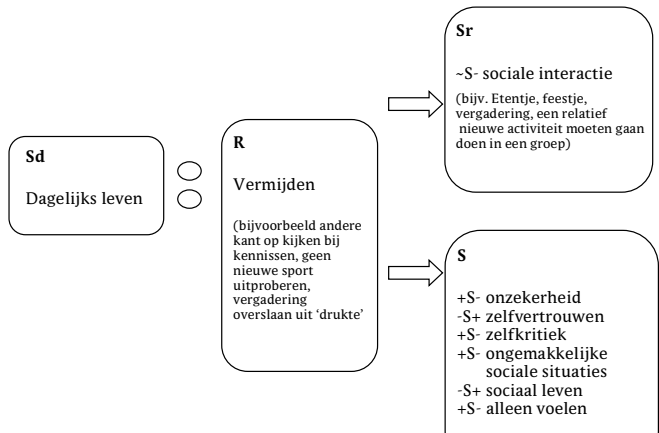
lichting). Of dat ook betekent dat die ervaringen een dermate belangrijke invloed uitoefenen op het *voortbestaan* dat het gerichte interventies zoals herstructureren van herinneringen of EMDR rechtvaardigt is een vraag die nog beantwoord moet worden. In veel gevallen verheldert het archief de leer-geschiedenis van het (kern)thema, maar in lang niet alle gevallen zal het archief direct in de behandeling betrokken behoeven te worden. Dan kan worden volstaan met interventies als 'Competitive Memory Training' (COMET Korrelboom, 2011) en gedragsexperimenten.

Bij Mieke lijken deze ervaringen ervoor gezorgd te hebben dat bij (vermeende) tekenen niet te voldoen aan de verwachting van de ander een negatief zelfbeeld wordt geactiveerd. Dit zorgt voor verdriet (zie figuur 3).

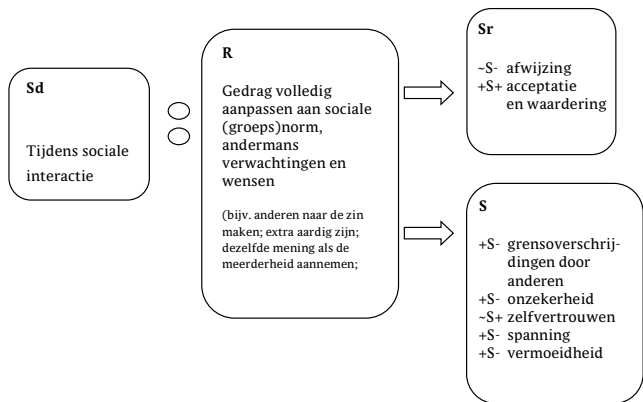


FIGUUR 3 BA 3 : Negatief zelfbeeld in sociale situaties

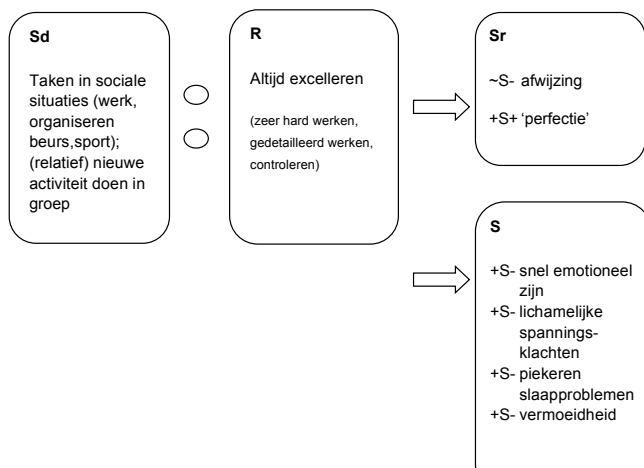
Om afwijzing te voorkomen is ze steeds meer gaan proberen 1) onder sociale gelegenheden uit te komen, 2) te excelleren als er gepresteerd moest worden en 3) zich aan te passen aan de (vermeende) verwachtingen van de ander. Dit brengt echter allerlei negatieve gevolgen met zich mee, zoals een verdere afname van zelfvertrouwen en een toename in spanningsklachten (meer specifiek: zie figuur 4 t/m 7).



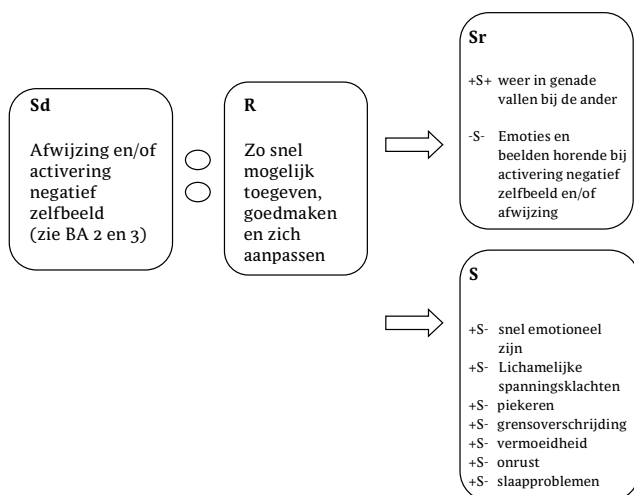
FIGUUR 4 FA 1 : *Vermijdingsgedrag*



FIGUUR 5 FA 2 : *Veiligheidsgedrag*



FIGUUR 6 FA 3 : Veiligheidsgedrag



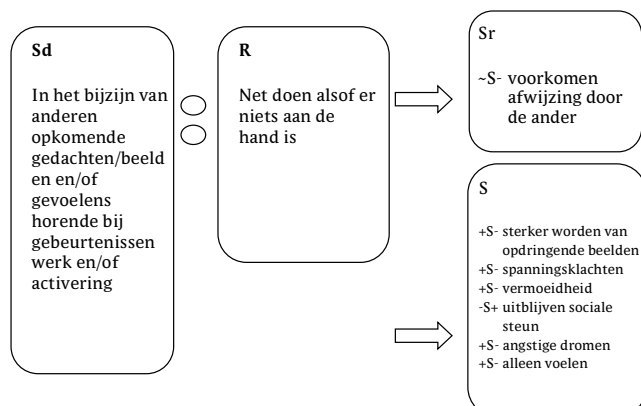
FIGUUR 7 FA 4 : Veiligheidsgedrag

Voor Mieke hebben deze strategieën door de jaren heen 'bewezen' succesvol te zijn: ze heeft haar studie glansrijk doorlopen, een prettig sociaal leven opgebouwd, een stabiele partner gevonden met wie ze samenwoont en een goede eerste baan gevonden, zonder enige ervaring van daadwerkelijke afwijzing. Achteraf gezien herkent Mieke dat dit al die jaren gepaard is gegaan

met veel spanningsklachten en angst. Opvallend genoeg vindt zij overigens dit ook een normale consequentie van 'niet goed genoeg zijn'.

De denigrerende opmerkingen van haar leidinggevende, in reactie op het niet af kunnen krijgen van het werk, was de uiteindelijke bevestiging van datgene wat ze zichzelf over de jaren heen al had voorgehouden maar waarmee ze de confrontatie tot op dat moment had weten voorkomen: *'als ik niet op mijn beste kunnen presteer en mij niet aanpas aan de ander, dan zal ik worden afgewezen; ik ben immers niet goed genoeg'*

Ze heeft hierdoor niet standvastig kunnen zijn in het opkomen voor zichzelf, maar de beschuldigingen van de leidinggevende toegegeven in de hoop weer bij haar in genade te vallen. Tevens heeft ze deze gebeurtenissen met bijhorende gedachten en emoties verborgen gehouden voor haar partner, vrienden, functioneel leidinggevende, bedrijfsarts en therapeut, vanwege de overtuiging dat als haar omgeving dit zou weten, ze negatief over haar zouden denken en haar ook zouden afwijzen. Dit heeft echter een negatief effect: de beelden zullen zich sterker en frequenter opdringen, de spanningsklachten nemen toe en ze zal zich steeds meer alleen voelen staan (figuur 8).



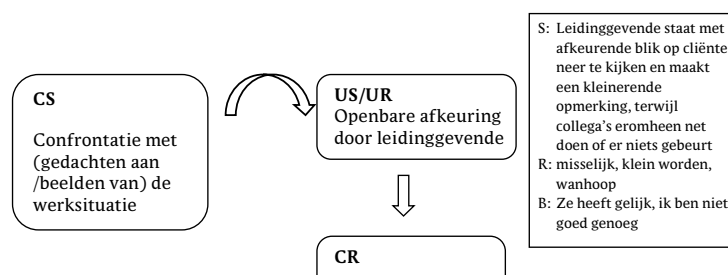
FIGUUR 8 FA 5: Coping

In de analyses wordt weergegeven dat de klachten van Mieke het gevolg zijn van gedrag dat wordt onderhouden ('bekrachtigd') door de aanhoudende vrees te zullen worden afgekeurd of niet aan andermans (vermeende) verwachting te zullen voldoen. Om dit te voorkomen probeert ze sociale situaties uit de weg te gaan en — indien dat niet mogelijk is — zichzelf zo onberispelijk en zo sociaal wenselijk mogelijk te gedragen. Dit gaat onherroepelijk gepaard met spanningsklachten, die Mieke dan ook vanzelfsprekend vindt, gelet op het 'feit' dat zij 'niet goed genoeg' is. Door het vermijdingsgedrag, maar vooral door het

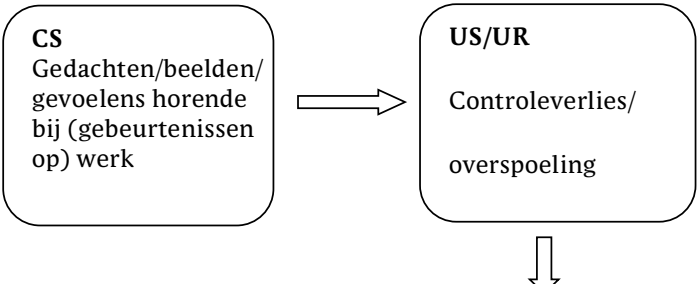
geperfectioneerde veiligheidsgedrag heeft Mieke nauwelijks corrigerende ervaringen op kunnen doen. Sterker nog, door het voortdurend toeschrijven van negatieve ervaringen aan haar eigen toedoen, dit niet bespreekbaar te maken in haar sociale omgeving en een steeds verder toenemend sociaal isolement, is deze negatieve zelfovertuiging steeds meer bestendig.

Daarnaast is een bijkomend probleem ontstaan. Bij confrontaties met (gedachten aan en beelden van) de werksituatie voelt Mieke zich erg verdrietig en wanhopig. Ze ziet hierbij weer voor zich dat ze in een volle kantoortuin de afkeuring van haar toenmalige leidinggevende over zich heen krijgt, waarbij er opvattingen worden geactiveerd rondom 'inderdaad niet goed genoeg zijn'. Door de sterke emoties hierbij is ze geleidelijk bang geworden voor gedachten, gevoelens en herinneringen die op een of andere manier met 'afwijzing' en 'niet goed genoeg zijn' in verband staan. Ze heeft de verwachting hierdoor overspoeld te worden en probeert deze te voorkomen en te onderdrukken door krampachtig afleiding te zoeken, haar gedachten op iets anders te richten of door harde muziek op te zetten. Dit heeft doorgaans echter een paradoxaal effect: het denken aan afwijzing en 'niet goed genoeg zijn' wordt er alleen maar sterker door. In de volgende analyses wordt de wanhoop en de angst van Mieke voor overspoeling nader in kaart gebracht (zie figuur 9 t/m 12).

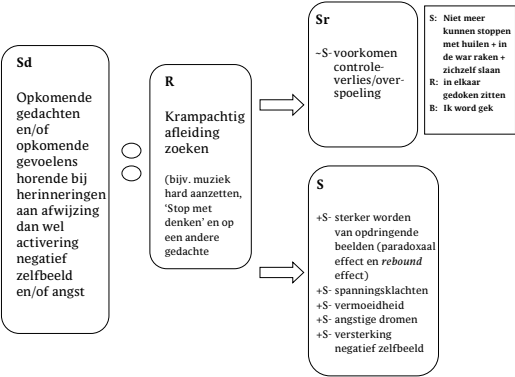
In afwachting van haar eerste therapiesessie, wetend dat ze zou moeten spreken over het ontslag op haar werk, de eerdere gebeurtenissen en haar huidige klachten en daarbij de eerder beschreven verwachting door de therapeut daarop afgewezen te worden, is Mieke inderdaad overspoeld geraakt door emoties. Daardoor kon ze niet langer mooi weer spelen, en ontkwam ze er niet aan haar angsten en problemen dan maar op tafel te gooien.



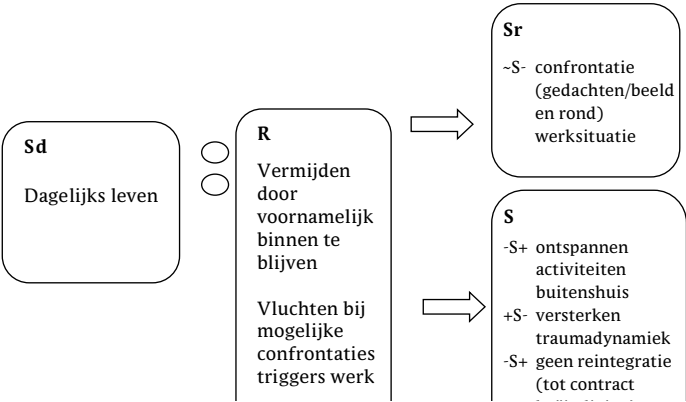
FIGUUR 9 BA 4 : Verdriet en wanhoop met betrekking tot werk



FIGUUR 10 BA 5: Angst voor overspoeling



FIGUUR 11 FA 6: Veiligheidsgedrag



FIGUUR 12 FA 7: Vermijdingsgedrag

CONCLUSIES EN BEHANDELPLAN OP BASIS VAN DE FUNCTIE- EN
BETEKENISANALYSES

.....

131

Mieke komt in behandeling in verband met lichamelijke spanningsklachten, emotionele labiliteit, doorslaapproblemen en lichamelijke en geestelijke vermoeidheid. Klachten die in veel gevallen direct en klachtgericht behandeld kunnen worden en in de praktijk ook worden. Een dergelijke behandeling is in de regel gebaseerd op een FA die zegt dat probleemgedrag zoals 'onvoldoende grenzen stellen' of 'te veel hooi op de vork nemen' of 'te veel rekening houden met de wensen en (al dan niet vermeende) belangen van anderen' (R) heeft geleid tot de klachten (+S-), overigens zonder dat expliciet wordt gekeken naar de reden dat het gedrag persisteert (de Sr). De, in dit geval later gemaakte, specifieke taxatie werpt hierop niettemin wel licht. De desbetreffende functie- en betekenisanalyses schetsen een beeld waarin wordt verondersteld dat de klachten het negatieve gevolg zijn van ver doorgevoerd vermijdings- en veiligheidsgedrag (zie FA 1 t/m 4). Gedrag dat in belangrijke mate kan worden teruggevoerd op een 'onderliggend' negatief zelfbeeld (BA 3) en de daarmee samenhangende voortdurende angst voor afwijzing in sociale situaties (BA 2). In termen van de DSM-IV-TR (APA, 2000) roept dat overigens de vraag op of er niet (ook) sprake is geweest van een sociale fobie. Mieke ontkende bij de intake echter klachten die daarop wezen. Wellicht beschouwde Mieke zichzelf niet als sociaal angstig omdat ze bijna altijd goed sociaal functioneerde zolang ze in haar comfortzone van *pleasen* en vermijden kon blijven.

De nadere taxatie van de aanmeldklachten bracht de desbetreffende dynamiek niettemin wel naar voren; met de nodige consequenties voor het op te stellen behandelplan.

EEN NIEUW BEHANDELPLAN

.....

Met behulp van functie- en betekenisanalyses is in kaart gebracht hoe de problematiek van Mieke door de bril van het model van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (Korrelboom & Ten Broeke, 2014; Ten Broeke, Korrelboom, & Van der Heiden, 2011) kan worden begrepen. Daarmee kan afgewogen worden of voor een standaardbehandeling moet worden gekozen of dat de behandeling beter 'op maat' gemaakt kan worden. Bij Mieke ondersteunden de analyses de veronderstelling dat 'meer van hetzelfde' of uitsluitend het toepassen van een CGT protocol voor sociale fobie (Mulkens & Bögels, 2011) onvoldoende zouden zijn, omdat daarmee een belangrijke voedingsbodem van haar overspannenheid, namelijk de overtuiging 'niet goed genoeg te zijn' en de daarop aansluitende angst om te worden afgewezen en te worden buitengesloten, ongemoeid zouden blijven.

Het nieuw opgestelde behandelplan op maat legt niet alleen nadruk op het beïnvloeden van het gedrag dat telkens leidt tot de klachten maar vooral op wat het persisteren van het gedrag veroorzaakt.

Na het bespreken van het nieuwe behandelplan en daarop gebaseerde psycho-educatie is Mieke gestart met het weer oppakken van haar dagstructuur en het heractiveren van het in de eerdere therapie geleerde stressmanagement. Vanwege de merkbare, ontregelende invloed van de nare herinneringen aan de vernedering door haar leidinggevende en de angst voor overspoeling als ze zichzelf zou toestaan daaraan te denken is daarna begonnen met imaginaire exposure (BA 4; BA 5) in combinatie met responspreventie (FA 6) en het oppakken van activiteiten buitenhuis (FA 7). Drie sessies verder, met dagelijks huiswerkopdrachten, is de emotionele lading grotendeels van de cognitieve representatie van de kernegebeurtenis 'vernedering door leidinggevende' af en is de verwachting gek te worden bij het toelaten van de emoties voldoende gefalsificeerd.

De partner van patiënte toonde zich betrokken en ondersteunend toen Mieke de aard en doelstelling van de dagelijkse opdrachten met hem deelde. Diens steun en veroordeling van het gedrag van haar leidinggevende gaf haar wederom een corrigerende ervaring met betrekking tot het uitblijven van afwijzing (FA 5 ; BA 1) en haar vanzelfsprekende interpretatie van de vernedering/afwijzing dat het volkomen terecht was dat hij haar afwees omdat zij immers 'niet goed genoeg' is! Mieke kon steeds beter zien en ervaren dat het gedrag van de leidinggevende buitensporig, onnodig en onterecht was. Daarop is in de eerstvolgende therapiesessie aangesloten door de verwachting afgevoerd te worden in sociale situaties verbaal uit te dagen (BA 2) en met behulp van geleidelijke en gerichte gedragsexperimenten verder te falsificeren. Zo is Mieke gestart met yoga en is ze naar een etentje van de familie van haar partner meegegaan (zie FA 1), waarbij erop is gelet dat het uitblijven van de afwijzing niet kon worden toegeschreven aan de inzet van veiligheidsgedrag (FA 2 t/m 4). Hierbij liep Mieke ertegen aan dat ze, na zich jarenlang te hebben aangepast aan de wensen en verwachtingen van anderen, het lastig vond te bepalen wat haar eigen wensen, verwachtingen en behoeften zijn. Ter ontwikkeling hiervan heeft ze over de loop van de therapie een registratie- en bezinningsdagboek bijgehouden. De daaruit naar voren komende hiaten in haar assertiviteitsvaardigheden (waaronder 'nee zeggen' en reageren op kritiek) zijn geoefend in en buiten de therapie. Het ging allengs merkbaar beter met patiënte. Er bleef niettemin, tijdens of na sommige gedragsexperimenten, min of meer op de achtergrond een verdrietig gevoel bestaan.

ZELFBEELDPROBLEMATIEK

.....

De hypothese wordt opgesteld dat door haar nieuw aangeleerde gedrag de overtuiging werd geactiveerd 'niet goed genoeg' te zijn; een overtuiging die

niet voldoende wordt gecorrigeerd door de positieve ervaringen die Mieke gedurende de behandeling opdeed. In de sessie is het negatieve zelfbeeld kritisch bekeken. Zodra er bij Mieke twijfel over de geloofwaardigheid ervan ontstond is individuele COMET voor negatief zelfbeeld ingezet (Korrelboom, 2011). Na enkele sessies, met intensief oefenen tussendoor, lukt het Mieke haar alternatieve opvatting met bijhorende houding en lichamelijk gevoel op te roepen in situaties die eerder automatisch het negatieve zelfbeeld naar voren haalden. Door dit in te zetten voorafgaand, tijdens en na de exposure-oefeningen haalt ze steeds overtuigender corrigerende ervaringen binnen. Na verloop van tijd kon Mieke concluderen dat de voorspelde afwijzing daadwerkelijk uitblijft, ook bij het geleidelijk laten varen van haar vermijdings- en veiligheidsgedrag. Het geleerde generaliseerde bijna als vanzelf, zoals het op een feestje bespreekbaar maken van de gebeurtenissen op haar werk met vriendinnen. Door het groeiende besef 'gewoon goed' te zijn en daarin door haar omgeving gesteund, heeft ze in een afsluitend gesprek op het werk haar leidinggevende op de hoogte gesteld van de denigrerende opmerkingen van haar oud-leidinggevende. Toen bleek dat er al een dossier opgebouwd werd tegen de desbetreffende collega, was dit voor Mieke een enorme boost, maar riep het ook verdriet op over het kwijtraken van haar baan. Toen ze hier op een adequate manier mee omging en steun zocht bij haar partner, vriendinnen en ouders, mocht worden geconcludeerd dat ze grote stappen vooruit had gezet. Tot slot zijn de geleerde vaardigheden uit de eerdere behandeling en de recente sessies omgezet in een terugvalpreventieplan. Na 15 sessies gespreid over 5 maanden is de behandeling afgerond. Zowel bij de 3 maanden *follow-up* als na een jaar is het resultaat stabiel gebleven. Mieke geeft na een jaar aan dat het over het algemeen goed met haar gaat. Haar SCL-90 score (Arrindell & Ettema, 1986) is 121, wat in vergelijking met de normale populatie een gemiddelde score is. Op de subschaal angst scoort ze 12, wat in vergelijking met de normale populatie ook een gemiddelde score is. Ze past de geboden handvatten nog geregeld toe en heeft het idee dat ze hierdoor haar ontwikkeling verder heeft doorgezet. In de meeste sociale situaties heeft ze geen last meer van angst en durft ze over het algemeen 'zichzelf te zijn'. Het negatieve zelfbeeld wordt minder snel geactiveerd, en als het wordt geactiveerd, herkent ze dit nu en begrijpt ze wat ze zelf kan doen om hierop in te grijpen. Ook merkt ze wanneer ze te veel hooi op haar vork neemt. Ze kan en durft daarop in te grijpen. Ze heeft dan ook voldoende energie en weinig last van negatieve, onnodige emotionaliteit.

OVERWEGINGEN EN BESLUIT

.....

134

Bij de eerste aanmelding presenteert Mieke de klachten horende bij een 'overspannenheid'. Dit klachtenpatroon is aanleiding om patiënte een strak vormgegeven standaardbehandeling te geven, waarbij de nadruk sterk ligt op het direct terugdringen van de klachten door directe gedragsverandering en minder op de vraag wat de achtergrond is van de ontstane klachten en welke factoren de oorspronkelijke disfunctionele gedragingen in stand houden. Voor een dergelijk beleid bij aanpassingsstoornissen zijn op zichzelf goede argumenten aan te voeren. Binnen de werkwijze van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie worden deze argumenten niet zozeer in twijfel getrokken. Wel wordt er voor gepleit voorafgaand aan de behandeling een globale taxatie te doen met behulp van FA's en BA's en het daaruit voortkomende behandelplan te vergelijken met de standaardbehandeling. Indien er een opvallende discrepantie bestaat tussen beide behandelplannen moet worden afgewogen in hoeverre een aanpassing van de standaardbehandeling verdeelbaar is (Keijsers et al., 2009; Korrelboom & Ten Broeke, 2014;).

Toen Mieke na aanvankelijk succes sterk terugviel en zij gedesillusionneerd en angstig voor de reactie van de therapeut opnieuw werd aangemeld, werden alsnog hypothesen opgesteld rond het persisteren van het problematische gedrag en werd de dynamiek van de problematische emoties in kaart gebracht. Daarbij werd gebruikgemaakt van het gestructureerde zoekmodel van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: functie- en betekenisanalyse. Aan de hand daarvan is een op maat gemaakt behandelplan opgesteld. De daarop gebaseerde behandeling is met goed resultaat afgerond.

Een interessante vraag is of de terugval met bijhorende consequenties voorkomen had kunnen worden. De eerste behandeling heeft, door het letterlijk volgen van het protocol, ingegrepen op de gevolgen van het probleemgedrag, de 'overspanningsklachten' (FA 2 t/m 4). De nadruk lag daarbij op het aanleren van nieuwe vaardigheden om adequater met stressvolle situaties om te gaan. Op zichzelf is dat vanzelfsprekend geen slecht beleid. Mieke meldde zich immers aan met lichamelijke spanningsklachten, emotionaliteit, door slaapproblemen en lichamelijke en geestelijke vermoeidheid; klachten die rechtstreeks in verband stonden met de werksituatie. Niettemin schoot dat beleid in het geval van Mieke op de wat langere termijn tekort. Het is vanzelfsprekend achteraf altijd makkelijk(ker) vast te stellen wat beter was geweest dan 'slechts' het protocol te volgen. Een vergelijkbaar risico dreigt ook hier: omdat de tweede behandeling goed heeft uitgepakt is het bewezen dat altijd een meer uitgebreide taxatie met FA's en BA's moet worden uitgevoerd. Dat is dus niet bewezen. Niettemin menen wij dat zelfs een globale taxatie met behulp van FA's en BA's de achterliggende dynamiek van de klachten zodanig bloot had kunnen leggen dat andere behandelkeuzes waren gemaakt dan het standaardprotocol voorschrijft en zelfs toelaat. Met name zou meer oog zijn

geweest voor Mieke's opvallende angst voor afwijzing aan de ene kant en de hoge mate van gevoeligheid voor kritiek en afwijzing doordat ogenblikkelijk de overtuiging 'ik ben niet goed genoeg' werd geactiveerd. Ondanks het gestructureerd uitvragen van de klachten volgens de Standaard Onderzoek bij psychische Stoornissen (SOPS) in combinatie met het vaststellen van de DSM-IV-TR classificatie (APA, 2000) met behulp van de mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998, Nederlandse vertaling door Van Vliet, Leroy, & Van Megem, 2000) heeft Mieke dit niet genoemd, mogelijk omdat ze dat ook niet in die termen bij zichzelf herkende. Hier wordt aangenomen dat een individuele casusconceptualisatie deze sociale fobie in een eerder stadium mogelijk al op tafel had kunnen krijgen door de leergeschiedenis in kaart te brengen en een aantal representatieve voorbeelden van Mieke's vergaande vermijdings- en veiligheidsgedrag uit te werken. Dit had kunnen leiden tot een eerdere heroverweging van de DSM-IV-TR classificatie (APA, 2000), en daarmee ook tot een andere standaardbehandeling. Overigens kan geenszins worden uitgesloten dat een andere, meer correcte DSM-classificatie en dus een andere standaardbehandeling tot een stabielere resultaat had geleid.

MAAIKE VAN DORSTEN is gz-psycholoog en gedragstherapeut in opleiding bij HSK Amsterdam.

ERIK TEN BROEKE is klinisch psycholoog en is vrijgevestigd gedragstherapeut in de regio Deventer. Daarnaast is hij mede-eigenaar van STER-opleidingen te Deventer.

KEES KORRELBOOM is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij is hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie van PsyQ Haaglanden in Den Haag.
Correspondentieadres : Maaïke van Dorsten, Kabelweg 21, 1014 BA Amsterdam, m.vandorsten@hsk.nl

Summary In the treatment of many psychological disorders currently an evidence-based standard treatment is available. This has unambiguous value in the therapeutic practice. However, the standard interventions do not always result in the expected outcome. A good case conceptualization, according to the principles of integrated cognitive behavioral therapy, can aid in optimal adjusting a standard treatment to a patient-specific treatment. In this paper it is illustrated how a personalized valuation and consequent treatment plan can play a role in (once again) treating a patient with a major relapse after an apparently effective, strictly performed standard treatment. Finally, some considerations about the standard treatment versus individualized treatment will be discussed for the presented case and more in general.

Key words *Standard treatment, individualized treatment, case conceptualization, relapse, case example, integrated cognitive behavioral therapy*

Literatuur

136

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Broeke, E. ten, Korrelboom, K., & Heiden, C. van der (2011). Cognitieve Gedragstherapie. In: Verbraak, M., Visser, S., Muris, P., & Hoogduin, K. (red.), *Handboek voor gz-psychologen* (pp.153-174). Amsterdam: Boom.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90 Administration, scoring and procedures manual 1 for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine.
- Emmelkamp, P.M.G., & Hoogduin, K. (2013) *Van mislukking naar succes in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Heiden, C. van der & Verbraak, M.J.P.M. (2010). *Behandelprotocol bij aanpassingsstoornissen: Therapeutenboek en werkboek* (volledig herziene versie). Amsterdam: Boom.
- Hermans, D. (2001). De protocolbenadering als paard van Troje : Over de vaste tegenstelling tussen op maat gesneden en protocollaire behandelings-*Gedragstherapie*, 34, 163-171.
- Keijsers, G., Minnen, A. van, Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.) *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 13-34). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G., Verbraak, M., Broeke, E. ten, & Korrelboom, K., (2009). Psychologische behandelingen volgens een protocol. In: E. ten Broeke, K. Korrelboom & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat*. (pp. 39-60). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Korrelboom, K. (2011). *Comet voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. & Broeke, E., ten (2014). *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Mulkens, S. & Bögels, S. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een sociale angststoornis. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.) *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp.145-179). Amsterdam: Boom.
- Sheehan, D., Janavs, R., Baker, K., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E. & Sheehan, M. (1998) *MINI Neuropsychiatric interview*. Tampa: University of South Florida. Nederlandse vertaling door Van Vliet, I.M., Leroy, H., Van Megem, H.J.G.M. (2000). *MINI neuropsychiatric interview*. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Nieuwe ontwikkelingen in de cognitieve gedragstherapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis

Hoe de Inference Based Approach wel
begrepen moet worden

.....

Reactie op

MANTIONE, ET AL.
in *Gedragstherapie* 46, 4

HENNY VISSER

INLEIDING

.....

In het themanummer angststoornissen van *Gedragstherapie* verscheen een artikel van Mantione en anderen over nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van de Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS) (Mantione, Molenaar, van Loon, & Denys, 2013). Daarin worden vier ontwikkelingen besproken, namelijk meta-cognitieve therapie, de Inference Based Approach (IBA), D-cycloserine en diepe hersenstimulatie.

Met deze bijdrage wil ik namens de Nederlandse IBA-onderzoeksgroep¹ reageren op de suboptimale beschrijving van (de zinvolheid) van IBA in het

¹ IBA onderzoeksgroep Nederland bestaat uit Henny Visser; Harold van Megen; Patricia van Oppen en Ton van Balkom

betreffende artikel. Daarin staat dat IBA geen vernieuwende behandelwijze betreft, doch slechts een variatie op thema's die binnen de reguliere cognitieve gedragstherapie (CGT) als bekend worden verondersteld en dat publicaties over IBA steeds uit dezelfde Canadese 'pen of stal' komen. De auteurs noemen echter niet de recente, in Nederland uitgevoerde RCT, waarin de effectiviteit van IBA getoetst is. Bovendien gaat hun beschrijving van de IBA-behandeling op diverse punten mank.

Al met al kan dit de belangstelling voor IBA temperen onder de lezers van Gedragstherapie. Dat is jammer. Er is namelijk dringend behoefte aan effectieve alternatieve behandelmethoden voor OCS, omdat (Mantione refereert hier ook aan) gemiddeld 25% van de patiënten met OCS CGT weigert of vroegtijdig afbreekt (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000) en omdat van de patiënten met OCS die een behandeling met CGT afronden minstens 40% geen significante verbetering van klachten bereikt (Stanley & Turner, 1995; Whittal, Thordarson, & McLean, 2005).

Wellicht is IBA een alternatief. Over de hierboven genoemde Nederlandse RCT wordt op dit moment een artikel geschreven. Hier kan alvast opgemerkt worden dat de resultaten laten zien dat IBA effectief is. Eerder bleek al uit een RCT dat er geen significant verschil tussen IBA en CGT was (O'Connor, Aardema, Bouthillier, Guay, Robillard, Pélassier, et al, 2005).

Aangezien IBA, in tegenstelling tot wat Mantione schrijft, een andere benaderingswijze van de behandeling van OCS is dan CGT, is het niet uitgesloten dat de patiënten die niet van CGT profiteren, aan de hand van IBA wel herstellen. Meer onderzoek is nodig om dit te toetsen.

Hieronder wordt kort uiteengezet hoe IBA wel begrepen moet worden en wat de verschillen zijn tussen IBA en CGT.

HOE BENADERT IBA DWANGKLACHTEN ANDERS DAN CGT?

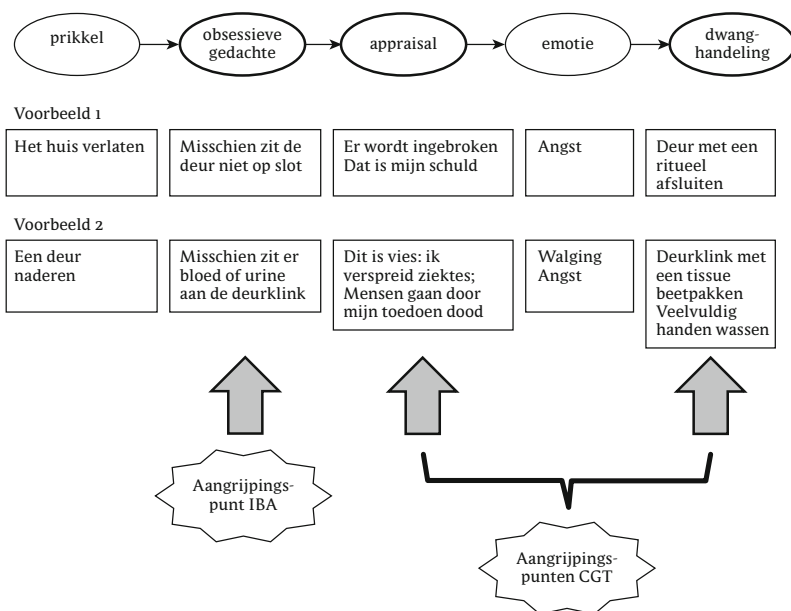
.....

Uitgangspunt van het IBA-model van OCS is dat obsessieve gedachten (ook vaak intrusies genoemd) pathologisch zijn, omdat de patiënt een bepaalde toestand vreest zonder dat daar aanleiding toe is in de waarneembare realiteit. Of zelfs terwijl de waarneembare realiteit het tegendeel van de gevreesde toestand bewijst. Een ander uitgangspunt is dat specifieke redeneerprocessen de realiteitstoetsing van de patiënt verstoren als hij geconfronteerd wordt met zijn obsessie. Deze uitgangspunten staan haaks op het cognitief gedragstherapeutisch model van OCS, dat aanneemt dat obsessieve gedachten een normaal niet-pathologisch verschijnsel zijn, en dat het probleem erin gelegen is dat de patiënt die gedachten op dysfunctionele wijze interpreteert (appraisal) (Salkovskis, 1999).

Deze verschillende uitgangspunten hebben directe implicaties voor het aangrijpingspunt van beide behandelmethoden (zie figuur 1). In de IBA-behandeling is de obsessieve gedachte zelf het aangrijpingspunt en gaat de

therapeut met de patiënt na welke redeneerprocessen ertoe leiden dat de gevreesde toestand echt lijkt (waarover hieronder meer aan de hand van een voorbeeld). De patiënt leert om zich in situaties waarover hij een obsessie heeft op zintuiglijke informatie te baseren, zoals hij dat ook doet in situaties waarover hij geen obsessie heeft. Daarbij wordt nadrukkelijk vermeden om bewijzen voor en tegen de obsessieve gedachte te af te wegen. Aan de interpretatie van de obsessieve gedachte wordt in de IBA-behandeling geen aandacht besteed en de patiënt hoeft zich niet tegen de dwanghandeling te verzetten (dus ook de dwanghandeling wordt gelaten voor wat hij is).

Zoals de meeste lezers van *Gedragstherapie* zullen weten, ligt de focus van de cognitief gedragstherapeutische aanpak op het terugdringen van de dwanghandelingen door middel van exposure met responspreventie (ERP) en op het uitdagen van de interpretaties van obsessieve gedachten. Over dat laatste wordt bijvoorbeeld in een recent verschenen Nederlands protocol aanbevolen om vooral aandacht te besteden aan het overmatige belang dat de patiënt aan de dwanggedachte hecht, en aan de opvattingen die hij heeft over de dwanggedachte (Verbraak, Hoogduin, & Keijsers, 2011, p.93). In een handboek dat Clark & Beck recentelijk schreven over de behandeling van angststoornissen wordt in het hoofdstuk over OCS expliciet benadrukt om niet de obsessieve inhoud zelf, maar de appraisal van de obsessie te veranderen (Clark & Beck, 2009, p.479). Ondanks deze aanbevelingen kan het ook binnen de reguliere CGT gebeuren dat de obsessieve gedachte zelf aan bod komt. Echter, anders dan bij IBA gaat het dan om het afwegen van inhoudelijke bewijzen voor en tegen de obsessieve gedachte. Verder is het natuurlijk zo dat de patiënt aan de hand van goed uitgevoerde ERP of gedragsexperimenten tot de conclusie kan komen dat de obsessieve gedachte zelf (en niet alleen de interpretatie ervan) onjuist is. De weg daar naartoe loopt echter, anders dan bij IBA, in de meeste gevallen via het achterwege laten van de dwanghandeling.



FIGUUR 1 Schematische weergave van IBA en CGT bij obsessieve klachten

DE IBA-BEHANDELING IN STAPPEN

.....

Een IBA-behandeling begint met het voor iedere dwanghandeling in kaart brengen van de *toestand* die de patiënt vreest. Die toestanden worden aangeduid als obsessieve twijfels. In de voorbeelden in Figuur 1: misschien zit de deur niet op slot; misschien zit er bloed of urine aan de deurklink. Vervolgens wordt aan de patiënt uitgelegd dat er verschillende soorten twijfel bestaan, namelijk obsessieve twijfel en gewone twijfel. Aan de hand van voorbeelden worden de verschillen tussen obsessieve en gewone twijfel besproken (gewone twijfels beginnen met een waarneming, zijn gemakkelijk op te lossen met de juiste informatie; obsessieve twijfels beginnen met een gedachte, waarneembare bewijzen van het tegendeel veranderen niets aan de twijfel). De patiënt observeert vervolgens gedurende een bepaalde periode hoe het proces van één obsessieve twijfel zich voltrekt; Begon deze twijfel met een waarneming die op de gevreesde toestand wijst? Hoe gaat het verder? Ga ik steeds harder twijfelen als ik er eenmaal aan gedacht heb? Verandert waarneembaar bewijs van het tegendeel iets aan mijn twijfel? Weet ik eigenlijk precies waar ik naar zoek? Hij observeert bovendien hoe dit afwijkt van het proces van gewone toevallige twijfels die zich voordoen waarover hij geen obsessie heeft, zoals: Moeten die planten water hebben?; Kan ik oversteken?; Heb ik eigenlijk nog een voorraadje tomatenpuree?

Een volgende stap in de behandeling is dat de patiënt beschrijft wat hem ervan overtuigt dat de door hem gevreesde toestand aan de hand is. Voorbeelden zijn weergegeven in Figuur 2. Dit ‘obsessieve verhaal’ wordt geanalyseerd. De patiënt krijgt informatie over zes specifieke OCS-redeneerprocessen die afleiden van de waarneembare realiteit van dat moment of die de juistheid van die waarneming in twijfel doen trekken. De grote gemene delers van die redeneerprocessen zijn dat de patiënt het proces van gewone gevolgtrekkingen omdraait (hij begint met een conclusie, of met te bedenken hoe iets zou kunnen, in plaats van dat hij begint met een observatie) en dat hij irrelevante informatie toepast op de situatie hier en nu (zie Figuur 2). De patiënt bepaalt voor ieder argument in het obsessieve verhaal van welk redeneerproces er sprake is en hoe hem dit afleidt van de werkelijkheid. Doel hiervan is dat de patiënt op een gegeven moment ‘on the spot’ kan herkennen dat hij op een dwaalspoor zit, dat hij afgeleid raakt van de werkelijkheid.

Vervolgens schrijft de patiënt een alternatief niet-obsessief verhaal (zie Figuur 2 voor voorbeelden). Hij neemt ter inspiratie met de therapeut allerlei alledaagse doch belangrijke beslismomenten door (zoals het moment voorafgaand aan het wisselen van rijstrook op de snelweg) en beschrijft nauwkeurig hoe hij bepaalt wat op dat moment de toestand is. Het gaat er om dat de patiënt herkent dat hij voldoende heeft aan zijn normale zintuiglijke waarneming om te bepalen of alles in orde is, ook in potentieel gevaarlijke situaties. In het niet-obsessieve verhaal beschrijft hij nauwkeurig hoe hij in een situatie *waarover hij geen obsessie heeft*, vaststelt dat alles in orde is. Hij legt in dit verhaal een link tussen deze niet-obsessieve situaties en de situatie waarover hij wel een obsessie heeft. Hij leest dit alternatieve verhaal gedurende enkele weken ten minste vijf keer per dag op kalme momenten (dat wil zeggen momenten waarop hij niet in de ban is van zijn obsessie).

Een bijzondere situatie is aan de hand als de patiënt vreest afwijkend geaard te zijn (bijvoorbeeld pedoseksueel) of vreest om tot verschrikkelijke daden te komen (bijvoorbeeld een baby wurgen), of magische gedachten heeft (bijvoorbeeld: ‘deze pen is fout, als ik die gebruik sterft mijn moeder’). Bijzonder is dat in die gevallen zintuiglijke informatie geen uitsluitel biedt. Echter, ook in die gevallen bespreken de therapeut en de patiënt situaties waarover de patiënt geen obsessie heeft, en bepalen zij hoe de patiënt dan vaststelt dat alles in orde is. Iemand die vreest pedoseksueel te zijn, beschrijft bijvoorbeeld hoe hij vaststelt dat hij geen neonazistische sympathieën heeft. Iemand die vreest zijn baby te wurgen, beschrijft bijvoorbeeld hoe hij vaststelt dat hij zijn puppy niets aandoet. En iemand die vreest dat een pen fout is, beschrijft hoe hij vaststelt dat de vork waarmee hij eet in orde is. Het gaat steeds om de vraag: *Hoe* kom je tot de conclusie dat alles in orde is als je niet door obsessieve redeneerprocessen gehinderd wordt, waar baseer je je op?

Verder leert de patiënt dat er een overgangsmoment is waarop hij zich niet langer baseert op de waarneembare werkelijkheid en zich overgeeft aan

Voorbeeld	Obsessief verhaal (met daarin redeneertrucs)	Alternatief verhaal
Een man voert steeds een uitvoerig controleritueel uit als hij zijn deur afsluit, waarbij hij zijn handelingen drie keer of een veelvoud daarvan herhaalt. Hij blijft twijfelen of de deur wel goed op slot zit. Deze twijfel doet zich voor op het moment dat hij voor de deur staat, de sleutel ziet omdraaien, de klik hoort van het in het slot vallen van de deur, het palletje in het slot ziet zitten, en voelt dat deur niet meegeeft als hij met de klink naar beneden aan de deur trekt.	<i>Misschien zit de deur niet op slot</i> Als je met je gedachten ergens anders bent kan het zijn dat je dingen door elkaar haalt ^b , misschien denk ik aan de vorige keer dat ik de deur op slot deed, maar is ie nu nog niet op slot ^d . Mijn vrouw vergeet wel eens om de deur op slot te doen, dat zou mij ook kunnen overkomen ^c . Omdat ik zo gespannen ben als ik afsluit, merk ik het misschien niet als de deur nog open is ^f . Als ik iets geen drie keer doe gaat het fout ^a .	<i>De voordeur zit op slot.</i> In mijn schuur staat mijn gereedschapskast, met daarin scherpe voorwerpen en giftige stoffen. Het is belangrijk dat die op slot zit omdat de kinderen ook in de schuur komen. Als de deur van mijn gereedschapskast niet op slot gaat merk ik dat. Laatst zat er een poetslap tussen de deur en de post, precies ter hoogte van het slot. Ik voelde dat de deur terugveerde toen ik hem dicht deed en ik hoorde dat het slot niet klikte. Als ik de deur van die kast op slot doe, hoor ik dat hij in het slot valt, ik zie ook het palletje van het slot tussen de deur en de deurpost verschijnen en als ik aan de deur trek voel ik dat hij niet mee geeft. Ook als ik gestresst ben of boos stel ik in een fractie van een seconde vast dat de deur goed op slot gaat. Ik hoef daarvoor niet speciaal op te letten. Met dezelfde ogen, oren en tastzin kan ik vaststellen dat de voordeur op slot zit.
Een vrouw vermijdt het structureel om deurklinken met haar blote handen aan te raken. Zij opent deuren als het even kan met haar voeten of ellebogen, loopt met anderen mee een deur door, of pakt de deurklink als het echt niet anders kan met een doekje beet om vervolgens uitvoerig haar handen te wassen. Zij vreest dat er urine of bloed aan de deurklink zit. Deze vrees treedt op zonder dat zij iets aan de deurklink ziet zitten en zonder dat zij nattigheid of iets glibberigs aan de deurklink voelt.	<i>Misschien zit er bloed of urine aan de deurklink</i> Er gaan veel mensen door deze deur. Op tv heb ik gezien dat veel mensen hun handen niet wassen als ze naar het toilet zijn geweest, zulke mensen kunnen menstruatiebloed of urine achtergelaten hebben op deze deurklink ^d . Urine is transparant, daar kijk je dus zo doorheen ^f .	<i>De deurklink is schoon.</i> Als mijn jongste pasta bolognese gegeten heeft zitten haar snoet en handen onder de rode saus, ik zie in één oogopslag met welke vork zij gegeten heeft omdat er rode vlekken op het heft van haar vork zitten, ik zie ook dat zij haar lepel niet gebruikt heeft, het metaal van de lepel glanst egaal er zitten geen vlekken op. Ik stel vast dat de lepel schoon is. Met dezelfde ogen kan ik vaststellen dat de deurklink schoon is. Als ik ga snoeien aarzel ik niet om de snoeischaar ter hand te nemen als deze er droog uitziet, ook al gebruikt mijn man de snoeischaar soms nadat hij tegen luizen gesproeid heeft en ook al is insecticide transparant. Als de snoeischaar nat is dan voel ik dat meteen. Als er geen druppels op de snoeischaar zitten stel ik vast dat er geen insecticide aan zit. Met dezelfde ogen en tastzin kan ik vaststellen dat de deurklink schoon is.

Redeneerprocessen

a Conclusies in de omgekeerde volgorde trekken / iets stellen zonder bewijs

b Algemene feiten ten onrechte op een specifieke situatie toepassen

c Eerdere gebeurtenissen ten onrechte op een specifieke situatie toepassen

d Een puur ingebeeld verhaal behandelen alsof het om de realiteit hier en nu gaat

e Gebeurtenissen uit een andere categorie verwarren met hier en nu

f Wantrouwen van de zintuiglijke waarneming

FIGUUR 2 *Obsessieve en alternatieve verhalen*

een obsessief verhaal. De patiënt oefent om dit moment zo vroeg mogelijk te herkennen. Hij herkent aan de hand van observatieoefeningen dat dit een keuzemoment is waarop hij kan kiezen tussen 'de wereld van de waarneembare werkelijkheid' en 'de wereld van OCS'. De patiënt oefent weken achtereen steeds als een confrontatie met de betreffende obsessie zich voordoet om voordat hij een dwanghandeling gaat uitvoeren één minuut de tijd te nemen en zich af te vragen of er *hier en nu* iets is wat het rechtvaardigt om een dwanghandeling te doen.

Als de behandeling succesvol verloopt, slaagt de patiënt er op een gegeven moment in om tijdens die minuut te herkennen dat er hier en nu geen sprake is van een toestand die om een speciale maatregel vraagt en kan hij zijn dwanghandeling achterwege laten. Dan wordt de obsessieve twijfel achter een volgende dwanghandeling volgens dezelfde stappen behandeld en zo verder. Een volgende ronde verloopt vaak sneller omdat veel van het geleerde opnieuw toegepast kan worden. Bovendien is het vaak zo dat de patiënt verschillende dwanghandelingen verricht vanwege één en dezelfde gevreesde toestand.

TOT BESLUIT

.....

IBA is een andere behandeling dan CGT. Het gaat uit van een ander theoretisch model van OCS dan het reguliere cognitieve model en heeft een ander primair aangrijpingspunt dan CGT. In een IBA-behandeling leert de patiënt dat hij zich in niet-obsessieve situaties op zijn zintuigen en normale waarneming baseert als hij moet beslissen of alles in orde is, en dat hij aan deze belangrijkste informatiebron voorbij gaat in obsessieve situaties. Hij leert hoe hij zich door specifieke redeneerprocessen in obsessieve situaties laat afleiden van de waarneembare realiteit en hij leert hoe hij die afleiding stop kan zetten. Dit stelt hem in staat om vast te stellen dat alles in orde is en dat er geen noodzaak is om een dwanghandeling uit te voeren.

Het artikel van Mantione dat in het themanummer angststoornissen van dit tijdschrift verscheen, geeft een andere voorstelling van zaken. Daarin staat dat het uitgangspunt van IBA is dat obsessieve twijfel zal leiden tot fantasieën over nare gevolgen, waarbij de fantasieën uiteindelijk een waan worden (Mantione et al., 2013, p.251). Dat is onjuist. Het uitgangspunt van IBA is dat de patiënt een toestand vreest die in strijd is met de waarneembare realiteit van dat moment. Voorts schrijft Mantione dat in de IBA-behandeling 'denkfouten ook getoetst worden op geloofwaardigheid en de patiënt gevraagd wordt zijn gedachten kritisch te onderzoeken op bewijzen voor en tegen' (Mantione et al., 2013, p.252). Het kritisch afwegen van inhoudelijke bewijzen voor en tegen obsessieve gedachten (kennis vergaren, experts raadplegen, kansberekeningen maken etc.) wordt in de IBA-behandeling echter ontmoedigd. De patiënt houdt zich in de IBA-behandeling in plaats daarvan bezig met de vraag: 'Wat doe ik, als ik afweeg of alles in orde is, in een ob-

sessieve situatie anders dan in een vergelijkbare situatie waarover ik geen obsessie heb?’ Tot slot wordt het obsessieve verhaal niet vervangen door een alternatief verhaal, zoals Mantione schrijft (Mantione et al., 2013, p.252), maar gebruikt de patiënt het alternatieve verhaal om een normaal realiteits-toetsingsproces te leren toepassen in de obsessieve situaties.

HENNY VISSER, Innova Instituut voor onderzoek, opleiding en innovatie, GGZ Centraal Onderzoekslijn Angst- en Dwangstoornissen. Correspondentieadres: GGZ Centraal, Marina de Wolf Centrum, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo, telefoon 0341-566680, email h.visser1@ggzcentraal.nl

Literatuur

- Clark, D.A. & Beck, A.T. (2009). *Cognitive therapy of anxiety disorders; science and practice*. New York: Guilford Press.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T., & Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Mantione, M., Molenaar, C., van Loon, A., & Denys, D. (2013). Nieuwe ontwikkelingen in de cognitieve gedragstherapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis. *Gedragstherapie*, 46, 247-260.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Guay, S., Robillard S, Péliissier MC, Landry P, Todorov C, Tremblay M, Pitre D (2005). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 148-163.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 37: S29-S59
- Stanley, M.A., & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-86.
- Verbraak, M., Hoogduin, K. & Keijsers, G. Protocolaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (2011). In Keijsers, G., Van Minnen, A. & Hoogduin, K. (Red.) *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom Cure & Care.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-76.

Nu verschenen: de Nederlandse vertaling van de DSM-5



Complete DSM-5 nu voor het eerst in het Nederlands vertaald

Het handboek geeft de complete achtergronden en toelichting bij het classificatiesysteem.

Met het handboek hebt u alle informatie tot uw beschikking om tot een individuele, op de patiënt toegesneden diagnose te komen.

hardcover	9789461059598	€ 149,95
paperback	9789089532220	€ 112,95

Reserveer alvast in onze webshop:



paperback	9789089532237	ca. € 59,95
ringband	9789089532251	ca. € 59,95



paperback	9789089532756	ca. € 59,95
-----------	---------------	-------------

Bestel al uw exemplaren op www.dsm-5-nl.org

Boom
Psychologie & Psychiatrie

info@boompsychologie.nl | (020) 524 45 14
Krijgt u onze nieuwsbrief al? Schrijf u in via de website!

Prijzen gelden in 2014,
onder voorbehoud van
wijzigingen.

Bestel vakliteratuur met korting in de VGCT Boekenclub

Log in via het Ledennet en profiteer van aantrekkelijke aanbiedingen

- Exclusieve korting voor VGCT-leden
- Elke zes weken nieuwe acties
- Zo'n 20% korting op boeken van verschillende uitgeverijen



Kortingsacties zijn tijdelijk. Ga naar de VGCT boekenclub voor meer informatie over de looptijd.

Boom
Psychologie

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
(020) 524 45 14



GEDRAGSTHERAPIE

Zevenenveertigste jaargang, nummer 2, juni 2014

Pagina 85–146

85 *Redactioneel*

86 **Leone de Voogd** & **Elske Salemink**

Het leven van de zonnige kant bekijken—Aandachtstraining voor angst bij kinderen en jongeren

100 **Klaas Huijbregts** & **Michel Reinders**

Depressie, maar ook lichamelijke klachten, wat dan?

118 **Maaïke van Dorsten, Erik ten Broeke** & **Kees Korrelboom**

Protocollaire behandeling op maat: een casusbeschrijving

FORUM

137 **Henny Visser**

Nieuwe ontwikkelingen in de cognitieve gedragstherapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis—Hoe de Inference Based Approach wel begrepen moet worden

Reactie op Mantione et al. in *Gedragstherapie* 46, 4
