

STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ



 **Trimbos**
instituut

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ANGSTSTOORNISSEN

Versie 1.0

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ
Multidisciplinair richtlijn Angststoornissen
Richtlijn voor de Diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis (2003)
Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht (art. no.: AF508)



De digitale versie van deze richtlijn is ontwikkeld vanuit het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (LAK GGZ/VZ). Dit programma is een initiatief van het ministerie van VWS en wordt gecoördineerd en gefinancierd door ZonMw.

Inhoudsopgave

Samenvatting van alle adviezen in deze richtlijn	1
<u>Diagnostiek</u>	1
<u>Behandeling</u>	2
<u>Farmacotherapeutische en psychologische interventies</u>	2
<u>Ondersteunende interventies</u>	4
<u>Alternatieve geneesmiddelen</u>	5
<u>Cliëntenperspectief</u>	5
Algemene inleiding	6
<u>Aanleiding</u>	6
<u>Richtlijnontwikkeling GGZ</u>	6
<u>Fasen in het zorgproces</u>	6
<u>Taken en disciplines in het zorgproces</u>	6
<u>Cliëntenvertegenwoordigers</u>	7
<u>Doelstelling</u>	7
<u>Richtlijngebruikers</u>	7
<u>Implementatie</u>	8
<u>Juridische betekenis van richtlijnen</u>	8
<u>Herziening</u>	8
Specifieke inleiding	9
<u>Definitie</u>	9
<u>Probleemomschrijving en uitgangsvragen</u>	9
<u>Uitgangsvragen bij diagnostiek</u>	9
<u>Uitgangsvragen bij behandeling</u>	9
<u>Samenstelling werkgroep</u>	9
<u>Werkwijze werkgroep</u>	10
<u>Wetenschappelijke onderbouwing</u>	10
<u>Kosteneffectiviteit</u>	11
<u>Wat staat niet in de richtlijn</u>	12
<u>Opbouw van het document</u>	12
Diagnostiek	14
<u>Inleiding</u>	14
<u>Te onderscheiden angststoornissen</u>	14
<u>Paniekstoornis met en zonder agorafobie (PS)</u>	15
<u>Sociale fobie (SF)</u>	15
<u>Enkelvoudige fobie (EF)</u>	15
<u>Obsessief-compulsieve stoornis (OCS; 'dwangstoornis')</u>	16
<u>Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)</u>	16
<u>Posttraumatische stressstoornis (PTSS)</u>	16
<u>Hypochondrie</u>	16
<u>Gevolgen van angststoornissen voor het functioneren</u>	17
<u>Diagnostische instrumenten</u>	18
<u>Signalering</u>	18
<u>Screeningsinstrumenten</u>	20
Paniekstoornis met of zonder agorafobie	24
<u>Farmacotherapie</u>	24
<u>SSRI's</u>	24
<u>TCA's</u>	27
<u>MAOI's</u>	29
<u>Benzodiazepinen</u>	30
<u>Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie van de paniekstoornis</u>	32
<u>Psychologische en psychotherapeutische interventies</u>	33
<u>Exposure in vivo (EV)</u>	33
<u>Psychologische paniekmanagement (PM)</u>	35
<u>Algemene conclusies met betrekking tot keuze van psychologische intervenen</u>	38
<u>Combinatietherapie</u>	38
<u>Beslisboom behandeling paniekstoornis 1</u>	41
<u>Beslisboom behandeling paniekstoornis 2</u>	44

Inhoudsopgave

Sociale angststoornis	48
<u>Farmacotherapie</u>	48
SSRI's.....	48
MAOI's.....	51
Benzodiazepinen.....	52
Bètablokkers.....	53
Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie.....	54
<u>Psychologische interventies sociale fobie</u>	55
Sociale vaardigheidstraining.....	55
Exposure in vivo.....	57
Cognitieve herstructurering.....	59
Taakconcentratietraining.....	61
Algemene conclusies.....	62
Combinatietherapie.....	62
Beslisboom sociale fobie (I), specifieke subtype.....	64
Beslisboom sociale fobie (II), gegeneraliseerde subtype.....	67
Obsessief-compulsieve stoornis (OCS)	71
<u>Farmacotherapie</u>	71
SSRI's.....	71
TCA Clomipramine.....	75
Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie.....	77
<u>Psychologische/psychotherapeutische interventies</u>	78
Exposure in vivo met responspreventie.....	78
Cognitieve therapie.....	80
Algemene conclusies mbt keuze van interventies.....	82
Combinatietherapie.....	83
Effectiviteit antidepressiva versus CGT.....	83
Combinatie antidepressiva met CGT.....	83
Niet-farmacologische biologische behandelmogelijkheden.....	85
Beslisboom.....	85
Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)	90
<u>Farmacotherapie</u>	90
SSRI's.....	90
Moderne antidepressiva: venlafaxine.....	92
Tricyclische antidepressiva (TCA): imipramine.....	94
Buspiron.....	96
Benzodiazepinen.....	97
Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie.....	99
<u>Psychologische interventies</u>	100
Cognitieve therapie.....	100
Exposure in vivo en imaginaire exposure.....	102
Applied relaxation.....	103
Anxiety management training.....	105
Algemene conclusies mbt keuze van interventies.....	106
Beslisboom.....	107
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	112
<u>Farmacotherapie</u>	112
SSRI'S.....	112
Tricyclische antidepressiva.....	114
Monoamineoxiclase remmers.....	116
Anticonvulsiva.....	117
Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie.....	117
<u>Psychologische interventies bij posttraumatische stressstoornis (PTSS)</u>	118
Cognitieve gedragstherapie.....	119
Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR).....	121
Algemene conclusies mbt psychologische interventies.....	123
Combinatietherapie.....	124
Effectiviteit antidepressiva versus CGT.....	124

Inhoudsopgave

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	
Beslisboom	125
Specifieke fobie	129
Farmacotherapie	129
Psychologische interventies bij specifieke fobie	130
Exposure in vivo	131
Cognitieve therapie	133
Algemene conclusies mbt keuze van interventies	135
Beslisboom	135
Hypochondrie	139
Farmacotherapie	139
Psychologische interventies	140
Cognitieve therapie	140
Exposure in VIVO met responspreventie	142
Behavioural stress management	144
Conclusie keuze psychologische interv.bij hypochondrie	146
Beslisboom	146
Ondersteunende interventies	150
Interventies gericht op beperkingen in het persoonlijke functioneren	153
Zelfhulp	154
Beeldende therapeutische interventies	155
Bevordering van de coping	156
Dramatherapeutische interventies	157
Muziektherapeutische interventies	157
Psychomotorische interventies	158
Dans en bewegingsinterventies	160
Therapeutic Touch	160
Interventies gericht op participatie aan het maatschappelijk leven	161
Ondersteuning van het netwerk	162
Interventies gericht op belemmerende factoren	162
Interventies door verpleegkundigen	164
Overzicht interventies door verpleegkundigen	166
Labels en definities van voorkomende verpleegkundige interventies (237, Verpleegkundige interventies, Second edition, De Tijdstroom, Utrecht)	173
Maatschappelijk werk	175
Alternatieve Geneesmiddelen bij angststoornis	177
Aanbevelingen cliëntenperspectief	179
Diagnostiek	179
Behandeling	181
Referenties	185
Bijlagen	211
Organisatiestructuur	211
Methodologische ondersteuning en begeleiding	212
Economische evaluaties algemeen	213
Samenvatting	213
Methode	213
Vraagstelling	214
Modelmatige benadering	214
Dataverzameling	214
Kostprijsberekeningen	216
Farmacotherapie:	216
Exposure in vivo:	216
Combinatietherapie:	217
Paniekmanagement:	217

Inhoudsopgave

Bijlagen

<u>Voorlopige conclusies</u>	218
<u>Discussie</u>	219
<u>Literatuur</u>	220

Notities.....**222**

<u>Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht</u>	222
---	-----

Disclaimer.....**224**

Samenvatting van alle adviezen in deze richtlijn

Richtlijntekst:

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.



De digitale versie van deze richtlijn is ontwikkeld vanuit het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (LAK GGZ/VZ). Dit programma is een initiatief van het ministerie van VWS en wordt gecoördineerd en gefinancierd door ZonMw.

Diagnostiek

Richtlijntekst:

Met betrekking tot de diagnostiek van volwassenen met angststoornissen werden de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

(1) Welke angststoornissen kan men onderscheiden en welk onderscheid heeft relevantie oor de klinische praktijk?

Zowel in de DSM-IV van de American Psychiatric Association als de ICD-10 van de World Health Organisation is het gemeenschappelijke kenmerk van angststoornissen, dat er sprake is van angstige reacties die bovenmatig zijn doordat de persoon angst vertoont in de afwezigheid van gevaar of de mate van angst in geen verhouding staat tot de mate van reëel gevaar. Hiernaast is van belang dat deze angstige reacties de persoon hinderen in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren. Een multidisciplinaire behandeling van angststoornissen vraagt om een gemeenschappelijk classificatiesysteem en met dit doel is de indeling van de DSM-IV als uitgangspunt genomen. Van de in dit classificatiesysteem onderscheiden angststoornissen werden opgenomen in de richtlijnen: (1) paniekstoornis met en zonder agorafobie; (2) sociale fobie; (3) specifieke fobie; (4) obsessief-compulsieve stoornis; (5) gegeneraliseerde angststoornis; en (6) posttraumatische stressstoornis. Hoewel hypochondrie in de DSM-IV onder de somatoforme stoornissen wordt ingedeeld, wordt er in deze richtlijn aandacht aan geschonken (7). De reden hiervoor is dat ook bij hypochondrie bovenmatige angst (voor ernstige ziekte) centraal staat.

(2) Wat zijn de gevolgen van angststoornissen voor het functioneren in levensgebieden?

Angststoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de patiënt en de directe personen in de omgeving. Aangezien een multidisciplinaire behandeling van angststoornissen ook vraagt om een gemeenschappelijk classificatiesysteem voor de persoonlijke en sociale gevolgen van angststoornissen en in dit verband belemmerende factoren is gekozen voor de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De ICF is begin 2002 door de World Health Organization (WHO) uitgebracht en beschrijft het menselijk functioneren en de problemen die hierbij kunnen optreden. In het kader van de richtlijn zijn vooral beperkingen (zoals op het gebied van communicatie, zelfverzorging, huishouden en interpersoonlijke relaties) en participatieproblemen in het maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven van belang.

(3) Welk diagnostisch instrumentarium is beschikbaar in de verschillende settings om de verschillende niveaus en vormen van angststoornissen vast te stellen?

De screening, classificatie en ernstbepaling van de onderscheiden angststoornissen kunnen verricht worden met uiteenlopende instrumenten. Er kan gebruik worden gemaakt van gestructureerde en semi-gestructureerde interviews, van zelfbeoordelingslijsten en van observatie- en gedragsmaten. In de richtlijn werd gekozen voor het selecteren van sommige instrumenten uit het totaalbestand van beschikbare instrumenten. Uitgangspunten bij deze selectie waren frequent gebruik in de praktijk en het feit dat er voor het Nederlandse taalgebied enige psychometrische gegevens beschikbaar waren over factorstructuur, betrouwbaarheid en validiteit. De geselecteerde instrumenten zijn ingedeeld naar hun doel als screeningsinstrument, als diagnostisch instrument of als ernstmaat van algemene of specifieke angstklachten.

Behandeling

Richtlijntekst:

Met betrekking tot de behandeling van angststoornissen werden de volgende uitgangsvragen geformuleerd:
(1) Welke interventies zijn te onderscheiden en hoe efficiënt zijn deze binnen de verschillende niveaus van angststoornissen?

(2) Welke combinaties van interventies zijn er mogelijk binnen de verschillende niveaus van angststoornissen en wat is de onderlinge afhankelijkheid?

(3) Wat zijn de concrete criteria voor de indicatiestelling van de verschillende interventies binnen de verschillende niveaus van angststoornissen?

Bij het beantwoorden van deze vragen heeft de werkgroep er expliciet voor gekozen om typen van interventies te onderscheiden los van de vraag welke professional deze interventie conform de wet BIG mag en kan uitvoeren. Bij de behandeling van angststoornissen werden de volgende groepen van interventies onderscheiden: (a) farmacotherapie; (b) psychologische en psychotherapeutische interventies; (c) ondersteunende interventies.

Farmacotherapie en psychologische interventies zijn primair gericht op het terugdringen van de angststoornis en bovendien geldt dat deze interventies afhankelijk van de angststoornis een verschillende inhoud kunnen hebben. Voor de ondersteunende interventies geldt dat ze primair gericht zijn op het verminderen van individuele beperkingen en participatieproblemen in het maatschappelijk leven. Deze interventies zijn veelal generiek en niet specifiek op een bepaalde angststoornis gericht.

Op grond van deze onderverdeling zullen allereerst de drie uitgangsvragen in hun onderlinge samenhang ten aanzien van farmacotherapeutische en psychologische interventies worden besproken. Hierna zullen de uitgangsvragen ten aanzien van de ondersteunende interventies aan bod komen.

Farmacotherapeutische en psychologische interventies

In de richtlijnen van de werkgroep worden per afzonderlijk angststoornis de hierbij toegepaste farmacologische en psychologische interventies besproken. Bij die angststoornissen waarbij vergelijkend effectonderzoek of onderzoek naar het effect van combinatiebehandeling voorhanden was, wordt dat eveneens besproken. Op basis van de aldus systematisch verzamelde empirische gegevens in combinatie met de in de werkgroep aanwezige of door de werkgroep geraadpleegde kennis en ervaring werd een behandeladvies opgesteld. Hieronder worden per stoornis de belangrijkste behandelstappen genoemd. Meer in het algemeen geldt dat bij iedere wijzigingsstap binnen farmacotherapie wordt geadviseerd psychologische behandelingsmethoden te overwegen en vice versa. Bij twijfel over diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie wordt geadviseerd tijdig een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren. Wanneer uiteindelijk blijkt dat zowel farmacotherapie als psychologische interventies geen of onvoldoende resultaat opleveren wordt verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol geacht en indien ook dit geen of onvoldoende verbetering oplevert begeleiding volgens het handicapmodel.

Paniekstoornis

Bij de behandeling van de paniekstoornis adviseert de werkgroep bij paniek en een ernstig comorbide depressie om primair met medicatie te behandelen. Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's. Wanneer er sprake is van een paniekstoornis met ernstige of matig ernstige agorafobie adviseert de werkgroep de volgende stappenvolgorde: (1) een SSRI plus exposure; (2) een ander SSRI plus exposure; (3) clomipramine met exposure; (4) clomipramine met exposure en paniekmanagement; (5) een benzodiazepine met exposure; (6) een MAOI plus exposure. Bij een paniekstoornis zonder of met lichte agorafobie wordt de keuze voor farmacotherapie of psychologische behandeling in overleg met de patiënt gemaakt. Bij de farmacotherapie van de paniekstoornis zonder of met lichte agorafobie adviseert de werkgroep de volgende stappenvolgorde: (1) een SSRI; (2) een ander SSRI; (3) clomipramine; Na een psychologische behandeling met onvoldoende resultaat kunnen nog de volgende twee stappen overwogen worden: (4) een benzodiazepine; (5) een MAOI. Bij de psychologische behandeling van de paniekstoornis zonder of met lichte agorafobie adviseert de werkgroep een vorm van paniekmanagement, waarbij een lichte voorkeur voor cognitieve therapie en paniek controle training wordt uitgesproken.

Sociale angststoornis

Bij de behandeling van sociale angststoornis adviseert de werkgroep bij sociale angststoornis en een ernstig comorbide depressie om primair met medicatie te behandelen. Verder acht de werkgroep het van belang om een onderscheid te maken tussen twee subtypen: gegeneraliseerde sociale fobie en specifieke sociale fobie. Bij sociale fobie - gegeneraliseerde subtype kan in overleg met de patiënt een keuze voor farmacotherapeutische of psychologische behandeling worden gemaakt. Bij de farmacotherapeutische behandeling adviseert de werkgroep de volgende stappen: (1) een SSRI; (2) een andere SSRI. Na een psychologische behandeling met onvoldoende resultaat kunnen nog de volgende twee stappen overwogen worden: (3) een benzodiazepine of MAOI; (4) een MAOI of benzodiazepine. Bij de psychologische behandeling kan in overleg met de patiënt gekozen worden voor exposure of cognitieve therapie. Afhankelijk van het beloop kunnen taakconcentratie training of sociale vaardigheidstraining worden toegevoegd. Bij sociale fobie - specifieke subtype is het van belang na te gaan of het frequent voorkomende situaties betreft. Bij frequent voorkomende situaties verdienen psychologische interventies de voorkeur en worden de volgende stappen geadviseerd: (1) exposure in vivo of cognitieve therapie; (2) de nog niet toegepaste 1^e keuze psychologische behandeling (eventueel in combinatie); (3) toevoegen van taakconcentratietraining aan de exposure in vivo en/of cognitieve therapie. Bij weinig frequent voorkomende situaties kan de keuze voor farmacologische of psychologische interventies in overleg met de patiënt worden gemaakt. Bij de farmacotherapeutische behandeling adviseert de werkgroep een bètablokker (incidenteel) en bij onvoldoende effect een benzodiazepine (incidenteel). Een SSRI wordt pas voorgeschreven na een psychologische behandeling met onvoldoende resultaat. De psychologische behandeling voor dit subtype is hetzelfde als voor het gegeneraliseerde subtype.

Obsessief-compulsieve stoornis

Bij de behandeling van de obsessief-compulsieve stoornis (OCS) adviseert de werkgroep bij OCS en een ernstig comorbide depressie om primair met medicatie te behandelen. In andere gevallen wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen farmacologische en psychologische behandeling, waarbij een lichte voorkeur voor psychologische behandeling wordt uitgesproken. Met betrekking tot farmacotherapie wordt het volgende stappenplan geadviseerd: (1) een SSRI; (2) een ander SSRI; (3) een SSRI plus gedragstherapie; (4) een SSRI plus gedragstherapie plus een atypisch antipsychoticum; (5) clomipramine plus gedragstherapie; (6) clomipramine plus gedragstherapie plus een atypisch antipsychoticum. Met betrekking tot psychologische behandeling wordt geadviseerd te starten met exposure met responspreventie, die bij onvoldoende resultaat gecombineerd dient te worden met cognitieve therapie.

Gegeneraliseerde angststoornis

Bij de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) adviseert de werkgroep bij GAS en een ernstig comorbide depressie om primair met medicatie te behandelen. In andere gevallen wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen farmacologische en psychologische behandeling. Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (imipramine) en een selectieve serotonineheropnameremmer (paroxetine) lijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor paroxetine als eerste keuze preparaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor paroxetine en kan de behandeling gestart worden met imipramine, venlafaxine en buspiron gevolgd door paroxetine. Met betrekking tot farmacotherapie wordt het volgende stappenplan geadviseerd: (1) één van de volgende drie middelen: venlafaxine, paroxetine of buspiron; (2) ander middel uit venlafaxine, paroxetine of buspiron; (3) ander middel uit venlafaxine, paroxetine of buspiron; (4) venlafaxine, paroxetine of buspiron plus cognitieve gedragstherapie; (5) imipramine plus cognitieve gedragstherapie; (6) benzodiazepine plus cognitieve gedragstherapie. Met betrekking tot psychologische behandeling wordt geadviseerd te starten met cognitieve therapie, die bij onvoldoende resultaat gecombineerd dient te worden met anxiety management en/of applied relaxation en/of exposure.

Posttraumatische stressstoornis

Bij de behandeling van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) adviseert de werkgroep bij PTSS en een ernstig comorbide depressie om primair met medicatie te behandelen. In andere gevallen wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen farmacologische en psychologische behandeling, waarbij enige voorkeur bestaat voor psychologische behandeling. Met betrekking tot de psychologische behandeling kan in overleg met de patiënt een keuze gemaakt worden voor imaginaire exposure zonodig in combinatie met cognitieve therapie versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Bij onvoldoende resultaat kan na EMDR worden overgestapt op imaginaire exposure al of niet gecombineerd met cognitieve therapie en vice versa. Bij de farmacotherapie van PTSS geldt de volgende overweging: een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie

en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedicaatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's. De werkgroep adviseert de volgende stappenvolgorde: (1) een SSRI; (2) een ander SSRI; Na een psychologische behandeling met onvoldoende resultaat kunnen nog de volgende stappen overwogen worden: (3) een TCA; (4) een anticonvulsivum; (5) een MAOI.

Specifieke fobie

Bij de behandeling van een specifieke fobie is het van belang een onderscheid te maken tussen een specifieke fobie van het bloed-, letsel-, injectie type versus overige typen.

Bij een specifieke fobie van het bloed-, letsel-, injectie type bestaat de aanbevolen behandeling uit (1) geruststellende informatie gecombineerd met exposure in vivo en applied tension. Bij onvoldoende resultaat wordt deze behandeling (2) gecombineerd met cognitieve interventies, coping en modeling technieken. Wanneer het effect onvoldoende blijft wordt de ingezette behandeling (3) gecombineerd met een SSRI of (4) een TCA.

Bij de overige specifieke fobieën is het van belang vast te stellen of de angstverwekkende situaties veelvuldig voorkomen. Bij veelvuldig voorkomende situaties wordt het volgende stappenplan geadviseerd: (1) geruststellende informatie gecombineerd met exposure in vivo; (2) gecombineerd met cognitieve interventies, coping en modeling technieken; (3) gecombineerd met een SSRI. Bij weinig frequent voorkomende situaties wordt geadviseerd incidenteel een benzodiazepine voor te schrijven.

Hypochondrie

Bij de behandeling van hypochondrie adviseert de werkgroep bij hypochondrie en een ernstig comorbide depressie om de psychologische behandeling te combineren met een SSRI. In andere gevallen wordt geadviseerd te starten met een psychologische behandeling. Hierbij wordt door de werkgroep het volgende stappenplan geadviseerd: (1) exposure met respons preventie en/of cognitieve therapie (2) Wanneer deze behandeling onvoldoende resultaat geeft kan deze worden gecombineerd met stressmanagement. Wanneer deze behandeling onvoldoende resultaat geeft wordt psychologische behandeling gecombineerd met farmacotherapie: (3) een SSRI in combinatie met psychologische behandeling; (4) een andere SSRI in combinatie met psychologische behandeling; (5) een TCA in combinatie met psychologische behandeling.

Ondersteunende interventies

Ondersteunende interventies primair gericht op het verminderen van individuele beperkingen en participatieproblemen worden door verschillende professionals toegepast, zoals maatschappelijk werkers, (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal-pedagogische hulpverleners en vaktherapeuten. De mate van empirische bewijskracht van deze interventies is over het algemeen gering. Doordat weinig ondersteunende interventies, zoals deze in de behandelpraktijk worden toegepast, empirisch zijn onderzocht is voor een expliciete en systematische beschrijving van deze interventies vooral gebruik gemaakt van relevante Nederlandse handboeken en monodisciplinaire panelronden. Een meer uitvoerige weergave hiervan is te vinden in bijlagen over verpleegkundige interventies en over maatschappelijk werk. Hieruit komt naar voren, dat weinig van deze interventies protocollair zijn beschreven en dat ze veelal eclecticisch worden toegepast in het kader van een breed behandelprogramma, waarvan één of meer van de farmacologische en/of psychologische interventies deel uit maken. Bij de indicatie voor het toepassen van ondersteunende interventies is het totaal van de behandelcontext derhalve van groot belang. Wanneer angststoornissen tot significante beperkingen in het persoonlijk functioneren leiden en problemen bij het maatschappelijk en sociaal participeren, vormen de meer generieke ondersteunende interventies een belangrijke aanvulling op de primair op de angststoornis zelf gerichte meer specifieke farmacologische en psychologische interventies. De volgende interventies gericht op beperkingen in het persoonlijk functioneren worden in de richtlijn beschreven: zelfhulp, beeldend therapeutische interventies, bevordering van de coping, dramatherapeutische interventies muziktherapeutische interventies, psychomotore interventies, dans- en bewegingsinterventies en therapeutic touch. Bij interventies gericht op participatie aan het maatschappelijk leven komen interventies gericht op ondersteuning van het netwerk aan de orde. Voor de ondersteunende interventies wordt de meeste empirische ondersteuning gevonden voor de toepassing van zelfhulp. Zelfhulppakketten kunnen worden aangeboden aan patiënten met een paniekstoornis (al of niet met agorafobie) en een gegeneraliseerde angststoornis, waarbij het aan te raden is dit te ondersteunen met laag frequente ondersteunende contacten.

Ten slotte werd met betrekking tot de behandeling nog de volgende uitgangsvraag geformuleerd:

(4) Wat voor kosteneffectiviteitsstudies zijn er bekend van de verschillende interventies en hoe kunnen deze een rol spelen bij de besluitvorming

Hierbij werd de volgende vraag vanuit de werkgroep als uitgangspunt genomen: wat is de kosteneffectiviteit van de behandeling van patiënten met een paniekstoornis (al of niet met agorafobie) met farmacotherapie in vergelijking met psychologische interventies of combinatietherapie. De voorkeur ging uit naar een modelmatige aanpak omdat hierin de gegevens uit verschillende bronnen kunnen worden gebruikt. Een modelmatige aanpak geeft bovendien, bij voldoende gegevens de mogelijkheid om kosteneffectiviteit ook op lange termijn in te schatten aan de hand van het scenario. Het bleek niet mogelijk om de verschillende effecten die in de klinische studies worden gebruikt te combineren tot één effectmaat. De voorkeur van de werkgroep ging uit naar een analyse waarin ook kosten en productieverliezen zouden worden opgenomen. Hierover zijn in deze patiëntgroep echter te weinig gegevens bekend.

De conclusies over de kosteneffectiviteit van de verschillende behandelingen zijn derhalve beperkt tot kostenschattingen. Desalniettemin zijn de resultaten van de kosteneffectiviteitsanalyse opgenomen in een bijlage om enerzijds het belang van kosteneffectiviteitsanalyses te onderstrepen en anderzijds te laten zien dat nader empirische studies noodzakelijk zijn.

Naast het beantwoorden van bovengenoemde uitgangsvragen komen nog de volgende onderwerpen in de richtlijn aan bod.

Alternatieve geneesmiddelen

Een aparte plaats neemt het gebruik van alternatieve geneesmiddelen door patiënten met een angststoornis in. Aangezien veel hulpverleners hiermee in hun dagelijkse praktijk in aanraking zullen komen is gekozen voor het opnemen van een apart hoofdstuk, waarin het effect van deze middelen (Kava-Kava, Passiflora en Valeriaan) wordt nagegaan. Het standpunt van de werkgroep is om deze middelen niet zelf voor te schrijven, maar wel goed op de hoogte te zijn en te blijven van de werking en bijwerkingen van deze middelen en expliciet bij de patiënt na te vragen of één van deze gebruikt wordt en wat voor- en nadelen zijn.

Cliëntenperspectief

Richtlijntekst:

Richtlijnen zijn uitdrukkelijk ook een beslissingsondersteunend instrument voor de cliënt. De werkgroep heeft de inbreng van cliënten-vertegenwoordigers en de Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie zoveel mogelijk in haar overwegingen en advies proberen te integreren. Met name bij interventies met een vergelijkbare effectiviteit dient de keuze voor een bepaalde behandeling in overleg met de patiënt gemaakt te worden. Aangezien het perspectief van cliënten echter van meer omvattend belang is voor de diagnostiek, behandeling in het algemeen en de toepassing van bepaalde interventies bij cliënten met een angststoornis is hierover een hoofdstuk opgenomen.

Algemene inleiding

Richtlijntekst:

Aanleiding

De werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen heeft deze richtlijn opgesteld volgens de uitgangspunten van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Deze uitgangspunten worden hieronder kort weergegeven.

Richtlijnontwikkeling GGZ

Tal van beroepsverenigingen en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ontwikkelen richtlijnen, vaak als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid. Teneinde meer stroomlijning aan te brengen in het proces van richtlijnontwikkeling is na een landelijke werkconferentie begin 1999 de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ geïnstalleerd. Deze stuurgroep telt vertegenwoordigers van de besturen van de Federatie Verpleegkunde in de GGZ, het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. De Stuurgroep wordt geleid door een onafhankelijk voorzitter. Het Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut verlenen ondersteuning.

Op verzoek van het ministerie van VWS is de Stuurgroep in 1999 begonnen de verschillende activiteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling op elkaar af te stemmen. Psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen, maar ook maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en sociaal-pedagogisch hulpverleners ontplooiën activiteiten op dit gebied. Brede afstemming van deze activiteiten is nodig met het oog op de toekomst. Op dit moment is de situatie nauwelijks problematisch; het aantal richtlijnen in de GGZ is nog bescheiden en de eerste generatie richtlijnen, standaarden en protocollen heeft meestal betrekking op slechts één of enkele aspecten van de hulpverlening, ze zijn monodisciplinair en monofasisch. In de nabije toekomst ontstaat door het toegenomen denken in termen van zorgtrajecten, waarbij de cliënt en de 'ziektecarrière' centraal staan in de beschrijving van het zorgproces, echter behoefte aan geïntegreerde richtlijnen. Deze geïntegreerde en multidisciplinaire richtlijnen kunnen de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces beschrijven.

Voorop staat echter dat het ontwikkelen van richtlijnen geen doel op zich is, maar op de eerste en de laatste plaats de kwaliteit van zorg moet dienen. De cliënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwerkelijk steun aan ondervinden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een bureaucratisch keurslijf van regelgeving te ontwerpen dat in iedere spreekkamer een blok aan het been is en waarin ook cliënten zich niet herkennen. Om ontsporingen te voorkomen, zo stelt de Stuurgroep voor, zal dit uitgangspunt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst worden.

Fasen in het zorgproces

De Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ onderscheidt ruwweg de volgende min of meer chronologische fasen in het zorgproces:

- preventie (het voortraject);
- diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing (voordeur GGZ en eerste lijn)
- vervolgdagnostiek, opstellen behandelplan, afspraken tussen cliënt en hulp-verlener;
- behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding (met onderscheid naar eventuele subfasen, inclusief herevaluatie en bijstellen indicatie);
- afsluiting en nazorg, of terug naar een eerdere fase.

Taken en disciplines in het zorgproces

Een monodisciplinaire richtlijn, bijvoorbeeld - in het algemeen - een huisartsen-standaard, voldoet uitstekend

als de taken van de betreffende discipline goed af te bakenen zijn en niet direct samenhangen met die van andere beroepsgroepen. Als men echter meerdere of alle elementen van een zorgproces in samenhang wil uitvoeren, zoals in de GGZ geregeld aan de orde is, volstaat een monodisciplinaire richtlijn niet. Dan moeten monodisciplinaire visies op het zorgproces worden samengesmeed tot een multidisciplinaire richtlijn of moeder-richtlijn die toewerkt naar samenhang, afstemming en uniformiteit van begrippen.

In de multidisciplinaire richtlijnen moeten naar de mening van de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ in ieder geval de volgende kerndisciplines participeren rond de volgende thema's:

- algemene diagnostiek: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen
- biologische interventies: psychiaters, (huis)artsen
- psychologische interventies: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen
- vaktherapeutische interventies: vaktherapeuten, psychologen
- praktische en sociaal-maatschappelijke interventies: maatschappelijk werkers, (sociaal)-psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal-pedagogisch hulpverleners
- zorgcoördinatie en afstemming: alle beroepsgroepen.

Clëntenvertegenwoordigers

Apart aandachtspunt is de inbreng van de cliëntenvertegenwoordigers bij het opstellen van deze richtlijn. Een geïntegreerde GGZ richtlijn is uitdrukkelijk óók een beslissingsondersteunend instrument voor de cliënt. Deze kan als medebeslisser vervolgens ook aangesproken worden op zijn of haar medeverantwoordelijkheid voor het slagen van de behandeling. De richtlijn moet de cliënt in staat te stellen zelf een actieve rol te vervullen bij de behandeling. Cliëntenvertegenwoordigers zijn bij het opstellen van deze richtlijn betrokken geweest. De Commissie Cliëntenparticipatie heeft hierbij de functie gehad van denktank en mogelijkheid gekregen tot ondersteuning en feedback. Hulpverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat hun handelen afgestemd zou moeten worden op de behoeften en de mogelijkheden van de cliënt die hij of zij in behandeling heeft. Daarom is in deze richtlijn ervoor gekozen het cliëntenperspectief als een rode draad of leidraad door de hele richtlijn te laten lopen. Het cliëntenperspectief is daarnaast in een apart hoofdstuk opgenomen.

In de richtlijn wordt de behandeling besproken aan de hand van verschillende soorten angststoornissen. Vanuit cliëntenperspectief is er echter ook een aantal opmerkingen wat betreft de behandeling in het algemeen. In het hoofdstuk: "Aanbevelingen uit het cliëntenperspectief", staan deze opmerkingen vermeld.

Doelstelling

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het expliciteren van goed handelen. De richtlijn beoogt een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk van preventie, diagnostiek en behandeling van Angststoornissen bij volwassen cliënten. De richtlijn moet gezien worden als een 'moederrichtlijn' waarna een vertaling plaats kan vinden naar monodisciplinaire richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen en biedt een basis en aanknopingspunten voor bijvoorbeeld transmurale afspraken, zorgprogramma's of lokale protocollen, hetgeen voor de implementatie van de inhoud van de richtlijnen bevorderlijk is.

De richtlijn bevindt zich derhalve op een meso-niveau: op basis van algemene gegevens over de meest effectieve behandelingen in relatie tot cliëntkenmerken kunnen aanbevelingen worden afgeleid over passende behandeling voor een bepaalde categorie van cliënten (inclusief de keuzemogelijkheden, rekening houdend met de situatie en wens van de cliënt). De richtlijn bevindt zich niet op een micro-niveau in de zin dat het een geïndividualiseerd beslissingsstelsel is waarbij de passendheid van verschillende behandelvarianten voor een specifieke cliënt kan worden vastgesteld.

Hoewel de Richtlijn in het algemeen is bedoeld voor volwassen cliënten met angststoornissen, moet er rekening mee worden gehouden dat in de praktijk geregeld aanpassingen moeten worden gemaakt aan specifieke kenmerken van de cliënt. Dat geldt in het bijzonder voor speciale doelgroepen als verstandelijk gehandicapten, allochtonen en bejaarden.

Richtlijngebruikers

Deze richtlijn is geschreven voor de ondersteuning van iedereen die bij de professionele zorg voor mensen

met angststoornissen betrokken is. Cliënten en hun omgeving kunnen de richtlijn Angststoornissen eveneens gebruiken, ook al is op dit moment het document nog niet in een cliëntenversie verschenen.

Implementatie

De Commissie Implementatie stelde een advies op voor het invoeren van multidisciplinaire richtlijnen binnen de GGZ

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn. Daarbij werd expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

De implementatiestrategie is in volle ontwikkeling.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar bevatten aanbevelingen die op zo betrouwbaar mogelijk bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan deze aanbevelingen voldoen om kwalitatief maximaal goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op bewijs uit wetenschappelijke studies en een ideaalbeeld (streefbeeld) schetsen kunnen en zullen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zonedig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de cliënt dat vereist zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

Herziening

Uiterlijk in 2007 bepaalt de opdrachtgever/verantwoordelijke instantie of deze richtlijn nog actueel is. Zonedig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Specifieke inleiding

Richtlijntekst:

Definitie

De doelgroep waarop de richtlijn betrekking heeft, wordt gedefinieerd op basis van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) met uitzondering van de acute stressstoornis, angststoornis ten gevolge van een algemene lichamelijke aandoening en angststoornis ten gevolge van middelengebruik. Hiernaast richt de richtlijn zich op hypochondrie, hoewel in de DSM IV deze stoornis wordt ingedeeld onder de rubriek van de somatoforme stoornissen. In de inleiding van het hoofdstuk diagnostiek zal hier verder op worden ingegaan.

Probleemomschrijving en uitgangsvragen

Voor het opstellen van de richtlijn is uitgegaan van uitgangsvragen. Deze uitgangsvragen zijn opgesteld door Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en aangescherpt door de werkgroep. De uitgangsvragen geven een zo compleet mogelijke weergave van de bestaande controversen in de zorg voor personen met een angststoornis. De uitgangsvragen zijn in verschillende categorieën bij elkaar gebracht. De categorieën vertegenwoordigen de verschillende hoofdstukken in de richtlijn.

Uitgangsvragen bij diagnostiek

- Welke angststoornissen kan men onderscheiden en welk onderscheid heeft relevantie voor de klinische praktijk?
- Wat zijn de gevolgen voor angststoornissen voor het functioneren in levensgebieden?
- Welke diagnostisch instrumentarium is beschikbaar in de verschillende settings om zowel de verschillende niveaus en vormen van angststoornissen vast te stellen.

Uitgangsvragen bij behandeling

- Welke interventies zijn te onderscheiden; hoe efficiënt zijn deze binnen de verschillende niveaus van angststoornissen?
- Welke combinaties van interventies zijn er mogelijk binnen de verschillende niveaus van angststoornissen en wat is de onderlinge afhankelijkheid?
- Wat zijn de concrete criteria voor de indicatiestelling van de verschillende interventies binnen de verschillende niveaus van angststoornissen?
- Wat voor kosteneffectiviteitsstudies zijn er bekend van de verschillende interventies en hoe kunnen deze een rol spelen bij de besluitvorming?

Samenstelling werkgroep

De werkgroep die deze richtlijn ontwikkelde was multidisciplinair samengesteld: naast psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen en psychiatrisch verpleegkundigen waren ook cliëntenvertegenwoordigers, maatschappelijk werkers, ziekenhuisapothekers, psychomotorisch therapeuten en creatief therapeuten betrokken. Zij zijn allen aangezocht door hun respectievelijke beroepsverenigingen. De werkgroep bestond uit 24 personen en was onderverdeeld in subgroepen. Hoewel afzonderlijke tekstgedeelten door individuele werkgroepleden of subwerkgroepen zijn voorbereid, is dit document geschreven uit naam van de hele werkgroep.

Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, 'scholen'

en academische achtergrond. De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging. (zie [bijlage 1](#))

Werkwijze werkgroep

De werkgroep werkte gedurende twee jaar (14 vergaderingen) aan de totstandkoming van de conceptrichtlijn. De werkgroepleden zochten systematisch literatuur en beoordeelden de kwaliteit en inhoud ervan. Vervolgens schreven de werkgroepleden een paragraaf of hoofdstuk voor de conceptrichtlijn, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De uiteindelijke teksten vormen samen de conceptrichtlijn die in de 'commentaarfase' (na afstemming met Stuurgroep Richtlijnontwikkeling in de GGZ) aan alle relevante (beroeps) groepen is aangeboden. Het daarop volgende commentaar is vervolgens door de werkgroep verwerkt in de moederrichtlijn. De definitieve tekst is door de Stuurgroep vastgesteld en ter autorisatie voorgelegd aan de betrokken beroepsverenigingen en cliënten- en familieorganisaties.

Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op het best beschikbare bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Een beschrijving van de voor deze richtlijn toegepaste zoekstrategieën is op te vragen bij het kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Er werd, in het algemeen, gezocht naar publicaties vanaf januari 1990 tot en met april 2002 in Psychinfo, Medline, Cochrane, Embase en Cinahl databases. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van geselecteerde artikelen. Ook werden andere (buitenlandse) richtlijnen betreffende angststoornissen geraadpleegd. Na selectie door de werkgroepleden bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies staan vermeld. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt. Uiteraard was niet voor elk klinisch probleem een op (gerandomiseerd prospectief) bewijs gebaseerd antwoord te vinden. Veel praktijkvragen zijn nooit 'wetenschappelijk onderzocht' en de dan bestaande kennis berust op overgedragen - en nooit verworpen - ervaring en traditie. De wél bestaande wetenschappelijke resultaten zijn in de praktijk niet altijd even generaliseerbaar of extrapoleerbaar. Daarnaast is wetenschappelijk bewijs vaak 'fragmentarisch' in vergelijking met het continuüm wat cliënten/patiëntenzorg eigenlijk is en verder is het bewijs uit verschillende -even betrouwbare- studies nogal eens tegenstrijdig of conflicterend. De werkgroep heeft het wetenschappelijk bewijs aangevuld met overige overwegingen op basis van overeenstemming in de werkgroep. In de opbouw van de tekst wordt dus helder hoeveel bewijs er aan de gegeven aanbeveling ten grondslag lag en hoeveel de inbreng van de expert opinie in de werkgroep is geweest.

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende therapie of preventie

- A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
- A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Voor artikelen betreffende diagnostiek

- A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
- A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet

gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multi-pele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;

B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;

C niet-vergelijkend onderzoek;

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies 1 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2

2 tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B

3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C

4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

De beoordeling van de verschillende artikelen vindt u in de verschillende teksten terug onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijk bewijs is vervolgens kort samengevat in een conclusie. De meest belangrijke literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd staat bij de conclusie vermeld, inclusief de mate van bewijs.

Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs vaak nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: cliëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. De uiteindelijk weergegeven aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie tijdens de werkgroepvergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Kosteneffectiviteit

Door toenemende aandacht voor kosten in de (geestelijke) gezondheidszorg neemt het belang van richtlijnen die doelmatig handelen bevorderen toe. Sinds 1997 is in opdracht van de minister van VWS een programma ontwikkeld betreffende het herijken van richtlijnen voor de cliëntenzorg op basis van informatie uit kosteneffectiviteitanalyses.

De beoogde effecten van het medisch handelen blijven echter het belangrijkste criterium voor kwaliteit.

Kosteneffectiviteitgegevens zijn erop gericht om naast effectiviteit ook doelmatigheid te bevorderen. Vanuit dit perspectief moet de toegevoegde waarde van kosteneffectiviteitanalyses worden beoordeeld.

De activiteiten van het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) bij de richtlijnontwikkeling zijn bedoeld ter ondersteuning voor de leden van de werkgroepen. Het gaat daarbij met name om het aandragen van materiaal over kosten en effecten van verschillende (opeenvolgende) mogelijkheden tot behandeling.

Verschiedende bronnen kunnen hierbij worden geraadpleegd: literatuur, andere richtlijnen, informatie over praktijkkennis, zorgregistraties, registraties van kosten en instellingen en extramurale praktijken etc.

Kosteneffectiviteit gaat pas een rol spelen wanneer er sprake is van indifferente interventies of interventies die weinig verschillen qua effectiviteit terwijl wel verschillen in kosten worden verwacht.

Op basis van het literatuuronderzoek heeft de werkgroep Angststoornissen in gezamenlijk overleg de voorkeur uitgesproken om een aantal behandelalternatieven bij paniekstoornissen met en zonder agorafobie te onderzoeken op grond van kosteneffectiviteit. Het betreft behandelingen die worden aangeboden in de tweede lijn te weten farmacotherapie versus een psychologische/psychotherapeutische interventie of een combinatietherapie. Hierbij is gestart met onderzoek gericht op bovengenoemde alternatieve interventies bij cliënten in de tweede lijn met paniekstoornissen met en zonder agorafobie.

Farmacotherapie

De werkgroep farmacotherapie geeft in haar verslag aan dat op grond van bijwerkingen profiel en effectiviteit SSRI's de voorkeur hebben ten opzichten van alternatieve farmacotherapie (o.a. TCA's, benzodiazepinen) bij de behandeling van cliënten met paniekstoornissen.

Psychotherapie

Wanneer sprake is van paniekstoornissen zonder agorafobie heeft psychologisch paniekmanagement (PM) de voorkeur. Indien er sprake is van agorafobie wordt een intensieve exposure in vivo geadviseerd.

Combinatietherapie

Een therapie bestaande uit de combinatie van farmacotherapie en exposure in vivo is bij cliënten met paniekstoornissen met agorafobie mogelijk een alternatief met een iets grotere effectiviteit dan de afzonderlijke behandelopties.

In bijlage 1 wordt verslag gedaan van de achtergrond, de gehanteerde onderzoeksmethode en de resultaten hiervan.

Wat staat niet in de richtlijn

In de richtlijn is niet opgenomen wat niet rechtstreeks en specifiek ten behoeve van de diagnostiek en behandeling van angststoornissen op de voorgrond staat, zoals:

- communicatie tussen cliënt en hulpverlener
- ontstaan en voorkomen van angststoornissen
- verwerkingsproces door de cliënt na de diagnosestelling
- wettelijke rechten en plichten van cliënten en hulpverleners

Deze elementen kunnen wellicht in een nog op te stellen cliëntenversie van de richtlijn en richtlijnproducten nader worden uitgewerkt.

Opbouw van het document

Interventies kunnen zich primair richten op de stoornis zelf of meer gericht zijn op de hiermee samenhangende beperkingen en participatieproblemen. Ten aanzien van angststoornissen zijn met name farmacotherapie en psychologische en psychotherapeutische interventies primair gericht op het terugdringen van de stoornis zelf en geldt bovendien dat deze interventies afhankelijk van de aard (en eventueel: de ernst) van de angststoornis een verschillende inhoud kunnen hebben. Hiernaast zijn interventies te onderscheiden die primair gericht zijn op het verminderen van individuele beperkingen en maatschappelijke participatie problemen. Deze interventies zijn veelal generiek en niet specifiek op een bepaalde angststoornis gericht. Op grond van deze overwegingen is het document als volgt opgebouwd. Na het hoofdstuk diagnostiek worden in zeven hoofdstukken per afzonderlijke angststoornis de hierbij toegepaste farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies besproken. Bij die angststoornissen waarbij het effect van combinatiebehandelingen van psychofarmaca met psychologische en psychotherapeutische interventies onderzocht is (te weten de obsessief-compulsieve stoornis, de paniekstoornis met of zonder agorafobie, de sociale angststoornis en PTSS) wordt tevens het combinatieonderzoek bij deze stoornissen besproken. Wanneer er vergelijkend onderzoek voorhanden is betreffende de relatieve effectiviteit van beide behandelmethoden, wordt dat eveneens hieronder besproken. De acht hoofdstukken worden allen afgesloten met adviezen over de behandeling van de betreffende stoornissen en deze adviezen worden eveneens in de vorm van een beslisboom in beknopte vorm gepresenteerd.

Hierna volgt in hoofdstuk 11 een bespreking van meer generieke ondersteunende interventies primair gericht op het verminderen van individuele beperkingen en maatschappelijke participatie problemen. Het betreft interventies die vooral door vaktherapeuten, maatschappelijk werkers, (sociaal)-psychiatrisch verpleegkundigen en sociaal-pedagogische hulpverleners in hun praktijk worden toegepast.

Een aparte plaats neemt het gebruik van alternatieve geneesmiddelen door cliënten met een angststoornis in. Aangezien veel hulpverleners hiermee in hun dagelijkse praktijk in aanraking zullen komen is gekozen voor het opnemen van een apart hoofdstuk, waarin het effect van deze middelen wordt nagegaan.

Als laatste hoofdstuk is opgenomen: De aanbevelingen voor de zorg vanuit het perspectief van de cliënt. De richtlijn sluit af met drie bijlagen over, kosteneffectiviteitsanalyse (1), het verpleegkundige handelen (2) en de werkwijze van maatschappelijke werkers (3). Door deze onderwerpen in de vorm van bijlagen toe te voegen wordt geprobeerd om deze onderwerpen -in aanvulling op wat hierover reeds in de verschillende hoofdstukken van het document is vermeld- meer uitvoering, systematisch en expliciet naar voren te laten komen.

Noot

Deze richtlijn is opgesteld aan de hand van het "Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation" (AGREE) instrument. Dit instrument is in een Europees verband opgesteld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.

Diagnostiek

Richtlijntekst:

Inleiding

Voor dit hoofdstuk van de richtlijn is het diagnostisch proces dat wordt toegepast bij angststoornissen vertaald in een viertal uitgangsvragen, die relevantie hebben voor de verschillende in de praktijk werkzame hulpverleners. De uitgangsvragen zijn:

- Welke angststoornissen kan men onderscheiden en welk onderscheid heeft relevantie voor de klinische praktijk?
- Wat zijn de gevolgen van angststoornissen voor het functioneren in levensgebieden?
- Welk diagnostisch instrumentarium is beschikbaar in de verschillende settings om zowel de verschillende niveaus en vormen van angststoornissen vast te stellen, als de factoren op te sporen die het ontstaan, voortbestaan, verdwijnen en terugkomen van angststoornissen bepalen.

'Diagnostiek' is niet 'een eenmalige vaststelling', maar een herhaalde activiteit die leidt tot werkhypothesen waar steeds weer nieuwe -diagnostische- informatie aan toegevoegd kan worden die vervolgens weer kan leiden tot aanpassing van het behandelplan.

Hoewel in het dagelijkse spraakgebruik de term 'angst' meestal betrekking heeft op een gevoel heeft de term 'angst' in de wetenschappelijke literatuur betrekking op verschillende aspecten: het subjectieve gevoel van angst; gedachten rond gevaar; lichamelijke veranderingen zoals een versnelde hartslag en motorische activiteit zoals wegvlugten of om hulp roepen. Vaak is angst een nuttige emotie omdat angst een reactie is op dreiging en een anticipatie op gevaar. Angst helpt dan om tot relevante handelingen over te gaan. Het onderscheid tussen normale/nuttige en abnormale angst heeft niet te maken met de aard van de reacties, maar met het feit dat de angstreacties optreden terwijl er objectief gezien geen gevaar dreigt.

In de twee meest gebruikte classificatiesystemen voor psychische stoornissen (de DSM-IV van de American Psychiatric Association en de ICD-10 van de World Health Organisation) is het gemeenschappelijk kenmerk van de groep van angststoornissen dat er sprake is van angstige reacties die bovenmatig zijn doordat de persoon angst vertoont in de afwezigheid van gevaar of de mate van angst in geen verhouding staat tot de mate van reëel gevaar. Hiernaast is van belang dat deze angstige reacties de persoon hinderen in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren. De in de ICD-10 onder de rubriek neurotische, stressgerelateerde en somatoforme stoornissen genoemde angststoornissen komen sterk overeen met de in de DSM-IV onderscheiden angststoornissen. De indeling in de DSM-IV is in deze richtlijn als uitgangspunt genomen.

Te onderscheiden angststoornissen

Richtlijntekst:

In de DSM-IV worden de volgende angststoornissen onderscheiden:

- paniekstoornis met en zonder agorafobie (PS)
- sociale fobie (SF)
- enkelvoudige fobie (EF)
- obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis) (OCS)
- gegeneraliseerde angststoornis (GAS)
- posttraumatische stressstoornis (PTSS)
- acute stressstoornis (ASS)
- angststoornis ten gevolge van een algemene lichamelijke aandoening
- angststoornis ten gevolge van middelengebruik

De laatste drie 'nieuwe' angststoornissen in de DSM-IV zullen in deze richtlijn verder niet aan bod komen. De acute stressstoornis (ASS) komt grotendeels overeen met de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het grootste verschil met PTSS is het tijds criterium: wanneer de symptomen korter duren dan één maand dan is er sprake van ASS. Wel zal er in deze richtlijn aandacht worden geschonken aan hypochondrie (de angst of

overtuiging een ernstig lichamelijke ziekte te hebben), alhoewel deze stoornis in de DSM-IV onder de somatoforme stoornis wordt ingedeeld.

Van de verschillende angststoornissen zullen kort de belangrijkste kenmerken volgens de DSM-IV worden genoemd, alsmede enige gegevens over het voorkomen.

Paniekstoornis met en zonder agorafobie (PS)

Van een paniekaanval is sprake als de angst intens is, plotseling begint en tenminste 4 van 13 in de DSM-IV genoemde symptomen binnen 10 minuten tot een piek komen. Het betreft symptomen, zoals een kloppend of bonzend hart, of versnelde hartslag, zweten, trillen of beven, gevoelens van ademnood, het gevoel te stikken, etc. Het voorkomen van paniekaanvallen betekent niet dat er eveneens sprake is van een paniekstoornis. Bij een paniekstoornis zijn de aanvallen niet voorspeld en niet gebonden aan een situatie en zijn patiënten tussen de aanvallen door vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen. Het komt vaak voor dat patiënten tevens een angst voor publieke gelegenheden ontwikkelen, zoals warenhuizen, treinen, restaurants en bioscopen, waar men bij het optreden van een paniekaanval moeilijk kan ontsnappen of hulp kan krijgen. Er wordt gesproken van paniekstoornis met agorafobie wanneer spontane paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke publieke gelegenheden.

De paniekstoornis met of zonder agorafobie komt vrij regelmatig voor. Afhankelijk van hoe strikt de criteria zijn, die gehanteerd worden, lijdt 1 tot 5 procent van de bevolking aan een paniekstoornis. Bij mensen die vanwege een angststoornis een beroep doen op de ambulante geestelijke gezondheidszorg voldoet 50 tot 60 procent aan de diagnostische criteria voor paniekstoornis met agorafobie. De diagnose paniekstoornis zonder agorafobie wordt ongeveer twee keer zo vaak bij vrouwen gesteld als bij mannen, de diagnose paniekstoornis met agorafobie zelfs drie tot vier keer zo vaak.

In termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO) leidt PS zeker in combinatie met agorafobie vaak tot beperkingen met betrekking tot zelfverzorging en het huishouden, alsmede participatieproblemen doordat het beroepsmatig en sociaal functioneren ernstig kan worden aangetast.

Sociale fobie (SF)

Sociale fobie heeft betrekking op de hardnekkige angst voor één of meer situaties waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan de mogelijk kritische beoordeling door anderen, en waarin hij bang is zich belachelijk te maken. Bij de sociale fobie kan men een onderscheid maken tussen de gegeneraliseerde sociale fobie en de specifieke sociale fobie. Ongeveer 90% van de sociale fobici is bang voor ten minste twee verschillende situaties en 45% voor minimaal drie verschillende situaties. Bij een sociale fobie van het specifieke subtype is er sprake van fobie in slechts één bepaalde situatie. Voorbeelden hiervan zijn: de angst voor het spreken in het openbaar, trillen of zweten in sociale situaties of de angst dat men zich belachelijk maakt door datgene wat men zegt.

De lifetime-prevalentie varieert van 3 tot 13 procent. Het voorkomen van sociale fobie is evenwichtig verdeeld over de seksen. SF resulteert in termen van de ICF vaak in interpersoonlijke beperkingen en participatieproblemen doordat sociale situaties op het werk en in de privé sfeer aanleiding geven tot angst en vermijding.

Enkelvoudige fobie (EF)

Bij een enkelvoudige fobie is er sprake van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of voor een bepaalde situatie. Deze objecten en situaties hebben veelal betrekking op angst voor dieren, afgesloten ruimten, hoogten, onweer en bloed en/of medische handelingen. Blootstelling aan de angstverwekkende prikkel resulteert meestal in een verhoogde lichamelijke arousal. Bij de bloedfobie daarentegen treedt na een kortdurende verhoging van de arousal een duidelijke verlaging van hartslag en bloeddruk op en kan de persoon in kwestie flauw vallen. Veelal kunnen de angstverwekkende situaties worden vermeden.

De jaar-prevalentie van een specifieke fobie bedraagt ongeveer 9 procent. De meest voorkomende enkelvoudige fobie is de fobie voor dieren. Bij degenen die ook in hun volwassenheid last blijven houden van een dierfobie, zijn vrouwen in de meerderheid.

Over het algemeen leidt een enkelvoudige fobie niet tot ernstige beperkingen of participatieproblemen. Soms kunnen gezien de aard van de enkelvoudige fobie wel beperkingen (bijvoorbeeld een slechte zelfverzorging ten gevolge van een fobie voor ziekte/letsel/bloed) of participatieproblemen op het werk optreden (bijvoorbeeld een fobie voor vliegen bij personen die internationaal mobiel moeten zijn).

Obsessief-compulsieve stoornis (OCS; 'dwangstoornis')

Bij de OCS staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Dwanggedachten (obsessies) zijn steeds terugkerende, aanhoudende gedachten of beelden die spanning oproepen. Deze gedachten of beelden worden als onvrijwillig beleefd, maar wel als een product van de eigen persoon. De dwanghandelingen (compulsies) zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen, die volgens bepaalde regels op een stereotiepe wijze moeten worden verricht. Het doel van de compulsies is het neutraliseren van spanning of het voorkomen van bedreigende gebeurtenissen/situaties. Bij een OCS heeft de patiënt last van zijn klachten, kosten deze de patiënt meer dan één uur per dag of verstoren ze in ernstige mate het dagelijks functioneren.

De OCS is relatief zeldzaam. De lifetime-prevalentie wordt geschat op 2.5 procent en de jaarprevalentie op 1.5 à 2.1 procent. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen lijden aan een OCS.

De obsessief-compulsieve stoornis resulteert veelal in ernstige interpersoonlijke problemen en sterke interferenties met het beroepsmatig functioneren.

Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis zijn altijd nerveus en gespannen en tobben over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Dagen met klachten zijn in de meerderheid en de patiënt heeft moeite de toberijen onder controle te houden. Verder heeft de patiënt last van klachten, zoals concentratieproblemen, spierspanningsklachten, slaapstoornissen, snelle vermoeibaarheid, etc.

De jaarprevalentie van GAS zou ongeveer 3 procent bedragen. GAS wordt vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd.

In termen van de ICF komen interpersoonlijke beperkingen bij de gegeneraliseerde angststoornis relatief het meest frequent voor.

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Bij een posttraumatische stressstoornis wordt gesproken over de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis, waarin betrokkene met de dood of ernstig letsel is bedreigd of de lichamelijke integriteit is bedreigd. Het betreft situaties als: bankovervallen met geweld, de confrontatie met iemand die ernstig gewond is of gedood, verkrachtingen, overstromingen, etc. Bij PTSS moet er sprake zijn van herbelevingen bijvoorbeeld in de vorm van terugkerende, beangstigende dromen of herinneringen met betrekking tot het trauma. Hiernaast komt eveneens vermijding van stimuli voor die in verband staan met het trauma of een verdooving van de algemene responsiviteit. Ten slotte zijn er langdurige symptomen van toegenomen spanning of opwinding, die niet aanwezig waren voor het trauma (zoals prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, overdreven schrikreacties, zich moeilijk kunnen concentreren).

Hoeveel mensen in de open bevolking aan PTSS lijden is niet precies bekend. De meeste cijfers hebben betrekking op personen die een beroep hebben gedaan op de hulpverlening. In een van de weinige bevolkingstudies in de VS bleek PTSS bij 1 procent aanwezig. Van de burgers die slachtoffer waren van fysiek geweld leed 4 à 5 procent aan PTSS. Van Vietnam veteranen die verwondingen hadden opgelopen leed 20 procent aan PTSS.

Interpersoonlijke beperkingen (bijvoorbeeld wantrouwen naar anderen of sociaal isolement) en problemen in de beroepsfeer komen relatief het meest frequent voor. Problemen in de beroepsfeer zijn vooral te verwachten als blootstelling aan het trauma in het kader van het werk plaatsvond (wat niet zelden het geval is).

Hypochondrie

Mensen die lijden aan hypochondrie interpreteren op zich onschuldige lichamelijke gewaarwordingen als mogelijke tekenen van een ernstige ziekte. Er wordt van hypochondrie gesproken bij een preoccupatie met de vrees of met de overtuiging een ernstige ziekte te hebben wanneer deze preoccupatie blijft bestaan ondanks adequate medische beoordeling en geruststelling. Verder veroorzaakt de preoccupatie aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren.

De prevalentie van hypochondrie in de algemene bevolking is onbekend, terwijl de prevalentie in algemeen medische populaties ergens tussen de 4 en 9 procent wordt geschat. Ten aanzien van de sekseratio zijn er geen duidelijke aanwijzingen voor geslachtsverschillen in het voorkomen van de stoornis. Door het tot voor kort ontbreken van duidelijke diagnostische criteria en de grote overlap met andere angststoornissen moeten deze cijfers echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Over het algemeen geeft hypochondrie geen aanleiding tot veel beperkingen of participatieproblemen. In

uitzonderlijke gevallen treden interpersoonlijke problemen op wanneer anderen te veel betrokken raken bij de rituelen van de persoon met hypochondrie.

Gevolgen van angststoornissen voor het functioneren

Richtlijntekst:

Angststoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de patiënt en de directe personen in de omgeving. Multidisciplinaire behandeling van de gevolgen van angststoornissen vragen om een gemeenschappelijk referentiekader zodat problemen en beïnvloedende factoren beschreven kunnen worden. De World Health Organization (WHO) heeft begin 2002 de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) uitgebracht. De ICF geeft onder andere een basis voor statistische gegevens, ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten, ontwikkelen van klinische instrumenten. Ondanks dat de ICF geen 'kant en klaar instrument' is, meent de werkgroep dat deze classificatie in het verlengde van de DSM-IV- criteria bruikbaar is om zorgproblematiek te beschrijven door paramedici, verpleegkundigen en (sociaal) geneeskundigen. Bij de beschrijving in dit hoofdstuk van de angststoornissen die men kan onderscheiden zal steeds met gebruikmaking van de ICF verwezen worden naar de gevolgen van de afzonderlijke angststoornissen op het persoonlijk en sociaal maatschappelijk functioneren. In hoofdstuk 9 over ondersteunende interventies gericht op de gevolgen van angststoornissen voor het persoonlijk en sociaal maatschappelijk functioneren zullen de ondersteunende interventies geordend worden aan de hand van de ICF classificatie.

De ICF beschrijft het menselijk functioneren en de problemen die daarbij op kunnen treden. De termen uit de ICF zijn geordend in twee delen: (1) Het menselijk functioneren en de problemen daarmee en (2) externe en persoonlijke factoren. Elk deel heeft twee componenten. De componenten kunnen op twee manieren worden weergegeven. Ten eerste als een beschrijving van het menselijk functioneren en ten tweede om problemen aan te duiden zoals stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De samenhang wordt in het onderstaande schema uitgewerkt weergegeven.

Componenten	Deel 1: Functioneren		Deel 2: Factoren	
	Functies en Anatomische eigenschappen	Activiteiten en Participatie	Externe factoren	Persoonlijke factoren
Classificaties	Functies Anatomische eigenschappen	Taken, handelingen levensgebieden	Externe invloeden op het functioneren	Interne invloeden op het functioneren
Constructen	Afwijkingen in en verlies van fysiologische en mentale functies Afwijkingen in en verlies van anatomische eigenschappen	Vermogen Uitvoering	Invloed van fysieke en sociale omgeving	Kenmerken van het individu
Positieve/ neutrale aspecten	Functionele en structurele integriteit Functioneren	Activiteiten Participatie	Ondersteunende factoren	Ondersteunende factoren
Negatieve aspecten	Stoornissen Functioneringsproblemen	Beperkingen Participatieproblemen	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren

Uit: ICF, Internationale Classificatie van het menselijk functioneren, Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2002 BSL Houten.

Naast het vaststellen van de aard van de stoornis is van belang te weten welk onderscheid relevant is voor de klinische praktijk. Daarnaast is het van belang te kijken naar de ernst van de stoornis, beperking en/of het participatieprobleem. De relatie met de DSM-IV bestaat hieruit dat met de ICF geen medische diagnose kan worden vastgesteld. De ICF ligt in het verlengde van de DSM-IV en is in die zin complementair. Door het in de tijd herhaaldelijk beoordelen van het functioneren of de problemen hierin, kan het beloop van het functioneren in kaart worden gebracht. De ICF is op zichzelf geen meetinstrument maar biedt onder andere een basis om instrumenten te ontwikkelen. Op de voorganger van de ICF, de ICIDH, zijn meerdere instrumenten ontwikkeld waarvan verwacht kan worden dat deze naar de ICF geconverteerd zullen worden. Voor de psychiatrische zorg is de WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS-II) mogelijk relevant. Items (uit de 36 interviewversie) zijn (eigen vertaling van de werkgroep):

- Communiceren en begrijpen
- Lopen en zich verplaatsen
- Zelfverzorging
- Tussenmenselijke interacties en relaties
- Huishouden
- Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Diagnostische instrumenten

Richtlijntekst:

De diagnostiek en classificatie van de verschillende angststoornissen kunnen verricht worden met verschillende instrumenten. Zo kan gebruik gemaakt worden van gestructureerde en semi-gestructureerde interviews, van zelfbeoordelvragenlijsten en van observatie- en gedragsmaten. De hier beschreven interviews en vragenlijsten vormen een selectie uit het totaalbestand van beschikbare meetinstrumenten. Uitgangspunten bij de keuze waren frequent gebruik in de praktijk en het feit dat voor Nederland gegevens over de validiteit beschikbaar zijn. Een volledig overzicht, met uitgebreide bespreking van de psychometrische kwaliteiten kan men vinden in de 7^{de} editie van de Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland ⁽¹²³⁾ voorheen bekend onder de naam COTAN. De onderstaande lijsten zijn ingedeeld naar hun doel als screeningsinstrument, als diagnostisch instrument of als ernst maat van algemene of specifieke angstklachten.

Signalering

Richtlijntekst:

Alvorens de instrumenten voor de diagnostiek en classificatie van de verschillende angststoornissen te bespreken wordt allereerst stilgestaan bij de signalering van angststoornissen. Hoewel ook bij signalering gestandaardiseerde instrumenten van belang kunnen zijn is het tijdig observeren van signalen en het gericht doorvragen naar buitensporige angst hierbij van groter belang. Mensen met een angststoornis zijn in het algemeen terughoudend in het etaleren van hun angst. Veel mensen schamen zich voor hun angst. Vooral in niet-psychiatrische settings, zoals bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk, is het daardoor lastig angststoornissen op het spoor te komen. Patiënten met angststoornissen presenteren zich vaak met andere klachten of problemen. Mensen met een angststoornis zijn meester in maskeren en hebben vaak een façade van diverse lichamelijke klachten. Hulpverleners zullen dus vaak moeite moeten doen om de vraag van de cliënt boven tafel te krijgen omdat de cliënt er zelf niet mee komt.

Men dient bij de volgende signalen aan een mogelijke angststoornis te denken:

- toename van het ziekteverzuim;
- frequent bezoek van huisarts of specialist voor wisselende en onderling niet samenhangende lichamelijke klachten;
- aanhoudende specifieke 'stress'-klachten zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen;
- 'hyperventilatie'-klachten;
- aanhoudende functionele lichamelijke klachten waarbij de patiënt niet of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden; vooral onbegrepen duizeligheid en hartkloppingen moeten aan een

- angststoornis doen denken;
- verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen;
- alcohol- of drugsproblemen;
- depressie;
- een traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis;
- opvallende veranderingen in het functioneren door verminderde professionaliteit of door vermijdingsgedrag.

Bij deze signalen, kan meer zekerheid worden verkregen door te vragen naar buitensporige angst. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de volgende vragen:

- voelt u zich angstig; heeft u onbestemde angstgevoelens; maakt u zich veel zorgen?
- vindt u de angsten of bezorgdheden reëel; kunt u ze begrijpen?
- belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?

Bij verdenking op een angststoornis, kan worden doorgevraagd naar de volgende aspecten:

- de duur en het beloop van de klachten (continu of aanvallen);
- de duur en frequentie van eventuele aanvallen;
- de ernst van de klachten, de mate van subjectief lijden;
- begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koude-sensaties, derealisatie- of depersonalisatie-gevoelens, rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen;
- het focus van de angst: controleverlies, krankzinnig worden of doodgaan (paniekstoornis), hulpeloosheid in geval van onwel worden (agorafobie), specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), negatieve beoordeling door anderen (sociale fobie), alle mogelijke narigheid die het leven kan vergezellen (gegeneraliseerde angststoornis), herbelevingen van een traumatische gebeurtenis (PTSS) een ernstige lichamelijke ziekte (hypochondrie) of dwanggedachten of -handelingen (obsessief-compulsieve stoornis);
- de invloed van de klachten op het sociale functioneren, zoals het vermijden van bepaalde situaties of activiteiten.

Hulp wordt vooral gevraagd wanneer de angststoornis ernstig interfereert met het functioneren van de betrokkene op belangrijke levensgebieden als werk, relatie en sociale contacten. De hulpvraag ontstaat meestal als de tot dusver gehanteerde copingstrategieën tekort blijken te schieten. De hulpvraag kan afkomstig zijn van de betrokkene zelf maar ook van diens systeem. Het functioneren van mensen met angststoornissen is vaak belastend voor hun systeem dat als geheel sterk kan worden beperkt in het normale functioneren of sterk compenserend moet optreden.

De behandelaar dient cliënten serieus te nemen en ze voldoende tijd te geven om hun verhaal te vertellen. De behandelaar moet kijken naar de samenhang tussen psychische en lichamelijke klachten. De behandelaar moet zich realiseren dat cliënten vaak erg lang met klachten rondlopen en hier sterk onder lijden.

Een angststoornis kan zwaar wegen in het leven van een cliënt. Vaak is er ook sprake van lichamelijke klachten. Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijkse leven in en kunnen het zelfvertrouwen van cliënten sterk ondermijnen. Door onbegrip en schaamte over de klachten durven cliënten zich vaak niet te uiten. Hulpverleners kunnen cliënten ondersteunen door aandacht te schenken aan de individuele beleving van de problemen, begrip te tonen voor de ervaren lijdensdruk en door de onzekerheid over de juistheid van de hulpvraag weg te nemen.

Tijdens de diagnostische fase is het belangrijk dat cliënten hun eigen verhaal kunnen vertellen en er niet uitsluitend naar klachten en symptomen wordt gekeken. Ook is het van belang na te vragen of de cliënt extreme dorst heeft (i.v.m. mogelijke suikerziekte) en/of buiten adem is juist bij traplopen en/of fietsen (i.v.m. hartfalen). De gevolgen van de angststoornis dient voor meerdere levensgebieden, zoals werk en relatie, te worden besproken. Voorts dienen de cliënten de mogelijkheid te hebben om de diagnose te toetsen, bijvoorbeeld via een second opinion, door contact met lotgenotenorganisaties of door voorlichting over de stoornis.

Wanneer het moeilijk blijft om de kans op een angststoornis in te schatten, kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten.

Screeningsinstrumenten

Richtlijntekst:

Short Mood Scale (¹⁴⁷) Deze korte vragenlijst omvat angst en depressie. Ze begint met een reeks van 4 vragen over angst; bij twee positieve antwoorden gaat men door naar 5 vervolgvragen. Een totaalscore boven 5 wijst meestal op een angststoornis. Er zijn tevens 4 startvragen over depressie. Bij een positief antwoord op een of meer gaat men door naar 5 vervolgvragen. Een totaalscore van 3 of meer wijst doorgaans op een depressie. Dit korte instrument is geschikt om in een huisartspraktijk een screening uit te voeren. Hierna dient verder doorgevraagd te worden om tot een diagnose te komen.

INSTEEL-screen (³⁴⁶)

Op basis van bovenstaande Goldberg vragenlijst is voor Nederland een verbeterd screeningsinstrument ontwikkeld voor depressie en gegeneraliseerde angst in de eerste lijn. Eerst wordt met twee vragen gescreend op psychisch onwelbevinden, vervolgens op depressie, en daarna op angst. Het gemiddeld aantal te stellen vragen is bij gelijke voorspellingskracht minder dan de helft van het aantal bij de Goldberg-lijst.

Vierdimensionale Klachtenlijst (³⁴³)

De 4DKL is een vragenlijst bedoeld voor de eerste lijn waarmee de dimensies depressie, angst, distress en somatisatie gemeten worden. De bedoeling is om angststoornissen en depressie te kunnen onderscheiden van de typische eerstelijnsdiagnose 'overspanning' of 'surmenage'. De Angstschaal meet irrationele en diffuse angsten en vermijdingsgedrag. Er worden twee afkappunten gehanteerd, een laag afkappunt om angststoornissen uit te sluiten en een hoog afkappunt om angststoornissen aan te tonen. De Distressschaal meet de specifieke 'spanning' als uiting van de moeite om psychosociaal te blijven functioneren. Angststoornissen gaan altijd gepaard met distress; een lage Distressscore sluit angststoornissen praktisch uit. De Distressscore is een goede ernstmaat voor psychische stoornissen van verschillende aard.

(Semi) gestructureerde diagnostische interviews.

Diagnostic Interview Schedule (Dis, Helzer & Robins, 1988)

De DIS is een sterk gestructureerd interview, bedoeld voor gebruik door zowel deskundigen op het gebied van psychopathologie als getrainde leken. De meest recente versie is de DIS-IV, afgestemd op de criteria volgens de DSM-IV. De DIS-IV bestaat uit bijna 500 vragen. Alle items worden gescoord op klinische relevantie en mogelijke etiologie. De klinische relevantie wordt gescoord op een 5-puntsschaal (1 = geen symptomen, 5 = zeer ernstig). Alle vragen moeten letterlijk worden voorgelezen; de DIS geeft in dit opzicht geen ruimte voor eigen initiatieven van de gespreksleider. De afname van de DIS kost erg veel tijd, zeker als de ondervraagde een of meer psychische stoornissen meldt. De DIS is voornamelijk geschikt voor onderzoeksdoeleinden.

De *'Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders'* (¹³¹) is een semi-gestructureerd klinisch interview voor de classificatie van psychische stoornissen op As I (dus de klinische syndromen) van de DSM-IV. Van dit interview is een Nederlandse bewerking op de markt (¹⁵⁵).

Het interview moet worden afgenomen door getrainde interviewers. De ontwikkeling van de SCID begon na de publicatie van de DSM-III (APA, 1980) en bij iedere nieuwe versie van de DSM werd ook de SCID aangepast. De SCID bestaat in verschillende versies: een research versie (die weer verschillende varianten kent) en een klinische versie. De research versie is het meest uitgebreid; hiervan bestaat een 'patiëntversie', bedoeld voor personen die zeker lijden aan een psychische stoornis, en een 'niet-patiënt versie', voor personen van wie het op voorhand niet duidelijk is of ze lijden aan een dergelijke stoornis (bijvoorbeeld voor epidemiologisch onderzoek in de normale populatie). De research versies van de SCID bestaan uit tien modules, te weten: stemmingsepisodes; psychotische en aanverwante symptomen; psychotische stoornissen; stemmingsstoornissen; middelengebruik; angststoornissen; somatoforme stoornissen; eetstoornissen; aanpassingsstoornissen en facultatieve stoornissen (zoals bijvoorbeeld acute stressstoornis of hypomane episode). De vragen die betrekking hebben op de criteria van het betreffende klinische syndroom worden gescoord van 1 tot 3 op aanwezigheid van het symptoom of een ? voor ontbrekende of onduidelijke informatie. Aan het eind van het interview worden de scores opgeteld voor de uiteindelijke classificatie. De SCID-I kan in het algemeen in één tot anderhalf uur worden afgenomen. De interviewer wordt aangemoedigd om naast de antwoorden op de vragen ook gebruik te maken van andere bronnen van informatie, zoals observatie van het gedrag van de geïnterviewde, informatie uit dossiers of informatie van derden.

De klinische versie van de SCID-I is een verkort interview, waarbij alleen de meest voorkomende diagnoses worden uitgevraagd; subtypes worden daarbij niet onderscheiden. De klinische versie wordt bijvoorbeeld gebruikt in intakeprocedures of ter bevestiging van het vermoeden van een bepaalde diagnose.

De SCID-I is een frequent gebruikt interview in talrijke research studies, en psychometrisch onderzoek laat zien dat er een bevredigende inter-rater betrouwbaarheid is te bereiken (³⁸⁰), mits de interviewers goed getraind zijn. De SCID kent een paar beperkingen: de sterke gebondenheid aan de DSM-IV classificatie wordt

door sommige diagnostici als te beperkend en te weinig dimensioneel ervaren, en daarnaast zijn enkele psychische stoornissen niet in het interview opgenomen.

Het Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS, Di Nardo, 1988) is een gestructureerd interview dat in eerste instantie werd ontwikkeld voor de diagnostiek van angststoornissen volgens de DSM-criteria; met elke nieuwe DSM-editie wordt ook een nieuwe editie van de ADIS ontwikkeld. Er is een Nederlandse versie van de ADIS-III-R (De Ruiter, Bouman & Hoogduin, 1993), gebaseerd op de DSM-III-R. De Nederlandse ADIS-IV is in voorbereiding. De ADIS-III-R heeft, naast specifieke vragen over de verschillende angststoornissen, ook onderdelen waarbij depressieve klachten, somatoforme stoornissen, psychotische verschijnselen en middelengebruik worden uitgevraagd. Het interview kan in globaal een uur worden afgenomen; bij elke stoornis wordt alleen doorgevraagd als daartoe na de eerste open vragen aanleiding blijkt te zijn. Het interview begint met algemene vragen over het functioneren. Di Nardo et al. (1988) vonden een redelijke inter-rater betrouwbaarheid en Bouman en De Ruiter (52) vonden een redelijke convergente validiteit met een zelfbeoordelingsvragenlijst. De ADIS is goed te gebruiken wanneer men op klinische gronden al meent dat er van een angststoornis sprake is en is minder tijdrovend dan DIS of SCID.

Het *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (321) is ontwikkeld als een beknopt gestructureerd interview voor de belangrijkste As-I psychiatrische aandoeningen volgens de DSM-IV en ICD-10. De MINI kan in ongeveer 15 tot 30 minuten worden afgenomen. De MINI Plus is een meer gedetailleerde versie van de MINI. Er is van de MINI (plus) een Nederlandse versie beschikbaar. D. Sheehan et al. (321) vermelden goede psychometrische eigenschappen voor onder andere de diagnostiek van angststoornissen. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen. De MINI kan gebruikt worden als aanvulling op de klinische diagnostiek.

Het *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versie 2.1, WHO, 1997)* is een uitgebreid diagnostisch interview dat voor Nederland is vertaald en bewerkt door ter Smitten et al (324). Het instrument beoogt het vaststellen van diagnoses volgens het ICD-10 en het DSM-IV systeem. Het interview is ontworpen om gebruikt te worden in verschillende culturen en in verschillende situaties, zowel in epidemiologisch onderzoek als hulpmiddel bij klinische problemen. Het is verkrijgbaar in een lifetime versie en in een versie betreffende het laatste jaar. Naast de papieren uitgave bestaat ook een geautomatiseerde versie (CIDI-Auto). De versie 2.1 omvat 17 diagnostische gebieden. Het interview duurt gemiddeld 75 minuten. Voor gebruik van de CIDI dient een training gevolgd te worden. De vragen worden op een gestandaardiseerde manier afgenomen.

Zelfbeoordelingsvragenlijsten

De *Symptom Check List (SCL-90; 102, 14)* Deze lijst is een multidimensionele klachtenlijst bestaande uit 90 items. De totaal score van deze lijst is een maat voor algeheel psychisch functioneren. Daarnaast bestaat de lijst uit acht subschalen. Voor de angststoornissen zijn met name de subschalen 'angst' en 'agorafobie' relevant. Normscores zijn beschikbaar voor de populaties 'psychiatrische patiënten' en 'normalen'. De SCL-90 wordt veel gebruikt en is geschikt om een beeld te krijgen van de breedte en ernst van de (niet-psychotische en niet-organische) psychopathologie.

De *Lehrer-Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire (LWASQ; 206, 317)*. Deze vragenlijst bestaat uit 36 items, die de cognitieve, gedragsmatige en somatische aspecten van angst meten. De somatische subschaal (10 items) meet lichamelijke symptomen van angst; de gedragsmatige subschaal (9 items) meet voornamelijk vermijding en de cognitieve subschaal (11 items) meet de neiging om te piekeren en rumineren. De Nederlandse versie heeft een 5-punts likert schaal lopende van 1 (nooit) tot 5 (bijna altijd). Betrouwbaarheid van de subschalen zijn in Nederlands onderzoek ruim voldoende gebleken evenals convergerende en divergerende validiteit (317). De LWASQ is gevoelig voor verandering. De vragenlijst is bij uitstek geschikt om de genoemde dimensies in kaart te brengen.

De *Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV, 286)*. Deze vragenlijst is een bewerking van Spielberger's State Trait Anxiety Inventory (STAI) en meet algemene angst. De lijst bestaat uit 2 schalen: *toestandsangst* verwijst naar de angst op het moment van invullen; *angstdispositie* betreft de meer continue aanwezigheid van angst. Beide dimensies omvatten 20 items die met een vierpuntschaal worden ingevuld lopend van niet tot zeer veel (toestandsangst), resp. bijna nooit tot bijna altijd (angstdispositie); de schalen zijn consistent, maar correleren onderling. De lijst is geschikt om fluctuaties in het angstniveau te meten.

De *Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A, 39)*. Deze vragenlijst is een semi gestructureerde beoordelingsschaal die de afgelopen 72 uur betreft. De schaal omvat 14 items die gescoord worden van 0 tot 4. De operationalisering van de criteria is door Bech e.a. (39) uitgewerkt. De HAS meet hoofdzakelijk algemene angst. Bech e.a. (39) hebben ook een aanpassing gemaakt waardoor

ook paniekangst gemeten kan worden. De schaal omvat een dimensie somatische angst en een dimensie psychische angst. De tussenbeoordelaar betrouwbaarheid is behoorlijk. Er is een overlap met depressieschalen. Deze schaal wordt vooral gebruikt in (psychofarmacologisch) effectonderzoek.

Vragenlijsten bedoeld voor specifieke stoornissen

Paniekstoornis

De *Body Sensation Questionnaire (BSQ; 67)* is het meetinstrument bij uitstek wanneer men somatische aspecten van angst wil meten. Deze vragenlijst bestaat uit 17 items en meet de angst voor verschillende lichamelijke sensaties, die kunnen optreden tijdens angst of een paniekaanval. De BSQ is een unidimensionele schaal met een goede interne consistentie (12).

De *Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ; 67)* is met name geschikt voor het meten van de cognitieve dimensie van paniek. De ACQ bestaat uit 14 items die de catastrofale cognities van de respondent tijdens een angst of paniekaanval inventariseert. Aangegeven wordt hoe vaak een cognitie voorkomt wanneer iemand angstig is. De ACQ bestaat uit twee dimensies: sociaal, gedragsmatige bezorgdheid en fysieke bezorgdheid. Deze structuur wordt ook in Nederlandse populatie terug gevonden (12).

De *Mobility Inventory (MI; Chambless, Caputo, Jansin, Gracely & Williams, 1985)*. Met deze vragenlijst wordt het vermijdingsgedrag van patiënten gemeten, zowel alleen als in gezelschap van anderen.

De *Fear Survey Schedule (FSS, 382, 13)* bestaat uit 76 items en beschrijft verschillende fobische klachten. De FSS bestaat uit vijf subschalen: sociale fobie, agorafobie, ziektevrees, angstige beelden over seks en agressie, en vrees voor levende organismen. Deze subschalen werden ook in de Nederlandse populatie worden gevonden (15). De FSS is geschikt om bij een respondent de diversiteit en ernst van fobische klachten in kaart te brengen.

De *Fear Questionnaire (FQ; 223)* bestaat uit 21 vragen: een vraag naar de belangrijkste fobie, drie subschalen (agorafobie, sociale fobie en bloedfobie) bestaande uit 15 vragen over vermijding en nog vijf vragen over angst en depressie. In de Nederlandse populatie werd met de FQ een voldoende betrouwbaarheid en begripsvaliditeit gevonden (15). Het voordeel van deze veelgebruikte lijst is dat snel de ernst van de klinische belangrijkste fobieën (agorafobie, sociale fobie en bloed- ziekenhuisfobie) gemeten wordt.

Hypochondrie

De *Whitely Index (284)* bestaat uit 14 items en kan beschouwd worden als een algemene maat voor hypochondrie. Oorspronkelijk werd een drie factor structuur gebruikt: lichamelijke preoccupatie, ziekte fobie en ziekte overtuiging (284). Psychometrische validatie studie op de Nederlandse populatie van Speckens et al. (330) liet één algemene factor voor hypochondrie zien. Deze korte vragenlijst is een geschikte ernstmaat voor klinisch gebruik.

De *Ziekte Attitude Schaal (ZAS, Illness Attitude Scales, IAS, 190)* is een vragenlijst voor hypochondrie bestaande uit 67 items. Oorspronkelijk was er een a-priori 9 factor structuur (190). Psychometrisch vervolgonderzoek liet een vier factor structuur zien (129) en voor de Nederlandse populatie werden er twee duidelijke factoren gevonden: ziekte angst en ziekte gedrag (330)

De *MEGAH schaal (312)* bestaat uit vijf schalen, die aspecten van het omgaan met ziekte en gezondheid meten, terwijl een combinatie de eerste drie subschalen een index voor hypochondrie oplevert. De subschalen zijn: 1. Angst en onzekerheid over de eigen gezondheid, 2. Algemene gezondheidsattitude, 3. Ziekte-overtuiging, 4. Vertrouwen vs. wantrouwen in artsen en 5. Geneigdheid om medische informatie op te zoeken. Voorlopig empirisch onderzoek doet vermoeden dat de MEGAH bevredigende psychometrische eigenschappen heeft.

Obsessief-compulsieve stoornis

De *Maudsley Obsessive Compulsieve Inventory (MOCI, 167)* bestaat uit 30 items. Naast een totaal score voor dwanghandelingen, worden er vier subschalen onderscheiden: 1. Controleren, 2. Schoonmaken, 3. Traagheid en 4. Twijfelen. Pure obsessies worden niet gemeten. De factorstructuur werd ook in de Nederlandse populatie terug gevonden (200), hoewel de interne consistentie per schaal nogal varieerde. De gevoeligheid voor verandering is niet optimaal.

De *Padua Inventory (310)* bestaat uit 60 items over dwanghandelingen en obsessies. De lijst is gevalideerd voor de Nederlandse populatie (265). Er worden vijf subschalen onderscheiden: 1. Impulsen, 2. Wassen, 3. Controleren, 4. Rumineren, en 5. Precisie. De lijst is gevoelig voor verandering. Ze is geschikt om de gehele breedte van dwangverschijnselen in beeld te brengen.

De *Inventarisatie Dagelijkse Bezigheden (IDB, 199)* bestaat uit 32 items. De totaal score geeft de mate van obsessief compulsief gedrag aan. Daarnaast kunnen 6 clusters worden onderscheiden, die echter niet onafhankelijk van elkaar zijn (17): 1. herhalen en controleren, 2. handelingen uitvoeren in vaste volgorde of tijd, 3. vuil en besmetting, 4. netheid en nauwgezetheid, 5. onaangename en irreële gedachten en 6. besluiteloosheid.

De *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, et al. 1989)* is een gestructureerd interview

dat gescoord kan worden door een therapeut of een onafhankelijke beoordelaar. Tevens wordt er een inventarisatie van de bestaande obsessies en compulsies gemaakt. De Y-BOCS bestaat uit 10 items die de ernst van de dwangsymptomen meten. In de Y-BOCS zijn twee subschalen te onderscheiden: (1) obsessies en (2) de dwanghandelingen. De Y-BOCS is een betrouwbaar en valide beoordelingschaal om de ernst van dwangsymptomen bij patiënten met een OCS in kaart te brengen (Goodman, et al, 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado et al., 1989). De Y-BOCS wordt veel gebruikt in onderzoek en in de klinische praktijk.

Sociale fobie

De *Sociale Angst Schaal (SAS; 379)* bestaat uit 24 items. De lijst heeft geen subschalen maar vraagt naar emotionele reacties en cognities in verschillende soorten interacties: 1. situaties waarin men opvalt, 2. situaties waarin men wordt beoordeeld, 3. nieuwe en onverwachte situaties en 4. gezelligheidssituaties en informele contacten.

De *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; 89)* bestaat uit een lijst van 35 sociale interacties, die moeten worden gescoord op ervaren spanning en frequentie. De lijst bestaat uit vijf subschalen: 1. kritiek geven, 2. aandacht vragen, 3. waardering uitspreken, 4. initiatief nemen en 5. jezelf waarderen. De psychometrische eigenschappen van de lijst zijn goed. Het concept dat door de IOA gemeten wordt is breder dan sociale fobie. Internationaal is deze lijst niet in gebruik.

De *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG; 16)* lijkt erg op de IOA. De lijst beschrijft 50 gedragingen die elk moeten worden gescoord op spanning en frequentie. De SIG bestaat uit vier subschalen: 1. uiten van negatieve gevoelens, 2. uiten van onzekerheid en ontoereikendheid, 3. jezelf kenbaar maken en 4. uiten van positieve gevoelens. De psychometrische eigenschappen van de SIG zijn goed. Het gebruik van deze schaal is eveneens beperkt tot het Nederlandssprekend taalgebied.

De *Fear Survey Schedule (FSS, 382, 13)*. Zie voor de beschrijving bij de paniekstoornis.

De *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; 211, 161)* is een gestructureerd interview dat door een therapeut of onafhankelijk beoordelaar afgenomen kan worden. In het interview worden 11 sociale interacties en 13 situaties waarin gepresteerd moet worden, gescoord op angst en vermijding. De psychometrische eigenschappen van de LSAS zijn goed voor de Engelstalige populatie (161), maar moet nog worden onderzocht voor de Nederlandstalige populatie. Internationaal is dit het meest gebruikte instrument voor het meten van sociale fobie.

Specifieke fobie

De *Fear Survey Schedule (FSS, 382, 13)*. Zie voor de beschrijving bij de paniekstoornis.

De *Fear Questionnaire (FQ; 223, 15)* Zie voor de beschrijving bij de paniekstoornis.

PTSS

De *Schokverwerkingslijst (Impact of Events Scale, IES, 175, 57)*. Deze vragenlijst beoogt de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen in kaart te brengen en betreft de periode van de afgelopen week. De schaal bestaat uit 15 items, waarvan 7 betrekking hebben op intrusies en 8 op vermijding van gedachten en gevoelens. De scores lopen van 0 (helemaal niet) tot 5 (vaak). Interne validiteit en betrouwbaarheid zijn goed. Gevoeligheid voor verandering is aangetoond. Symptomen van arousal ontbreken in de schaal.

De *Zelfinventarisatielijst PTSD (ZIL, 177)*. Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld om de DSM-III-R criteria van PTSD te meten. Ze omvat 52 items die gescoord worden van 1 (geheel niet) tot 4 (in sterke mate). De vragen zijn geformuleerd zonder verwijzing naar een trauma. Scores worden verkregen van intrusies (5 items), vermijding (9 items) en hyperarousal (8 items) en een totaalscore. Een totaalscore van 53 wordt voor volwassenen als cut off gebruikt. Betrouwbaarheid van de dimensies en totaalscore is goed. De lijst kan gebruikt worden voor epidemiologische en klinische doeleinden.

Paniekstoornis met of zonder agorafobie

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit en bijwerkingen van farmacologische interventies, (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies; en (c) vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies of de effectiviteit van de combinatie van beide interventies bij de paniekstoornis met of zonder agorafobie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom zullen worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording voor literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: panic disorder, agoraphobia, panic disorder with agoraphobia, meta-analysis, pharmacotherapy, antidepressants, SSRI, TCA, MAOI, benzodiazepines. Gezien de grote hoeveelheid literatuur werd in eerste instantie gebruik gemaakt van meta-analyses. Wanneer deze niet beschikbaar waren, werd per psychofarmakon steeds één kwalitatief goede (beoordeeld op kwaliteit van opzet en uitvoering van het onderzoek, voldoende duur van behandeling, geen tegenstrijdige uitkomsten) en recente Randomized Controlled Trial (RCT) geselecteerd.

Inleiding

Voor vier geneesmiddelengroepen is in dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek vastgesteld dat ze effectief zijn bij de behandeling van de paniekstoornis, te weten: 1. selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's), 2. tricyclische antidepressiva (TCA's), 3. monoamine-oxidase remmers (MAOI's), 4. benzodiazepinen.

De volgende groepen farmaca bleken in RCT's niet effectiever dan placebo bij paniekstoornis met of zonder agorafobie en worden verder niet besproken: moclobemide, buspiron, bètablokkers. Nieuwere antidepressiva zoals venlafaxine, mirtazapine en nefazodon, zijn nog niet of onvoldoende onderzocht en worden daarom eveneens niet besproken.

SSRI's

Aanbevelingen:

Effectiviteit

SSRI's zijn in de farmacotherapie van paniekstoornis met of zonder agorafobie goed te gebruiken middelen. In verband met de bijwerkingen wordt uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling geadviseerd, eventueel bij het begin van de behandeling ondersteund met een benzodiazepine, dat 'zo nodig' en kortdurend wordt voorgeschreven.

Dosering

De SSRI's worden langzaam ingeslopen om bijwerkingen te beperken. Getracht wordt de patiënt in twee weken op een streefdosis in te stellen, en vervolgens na 4 weken op de streefdosis het effect te evalueren.

Lange termijn

Nadat SSRI's na 6 weken effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd, en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudings-verschijnselen. Deze dienen

onderscheiden te worden van recidiefklachten van de paniekstoornis. Bij onthoudingsverschijnselen is het beleid: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van de paniekstoornis is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de paniekstoornis waren en langer doorbehandelen

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

De SSRI's zijn als groep uitgebreid gedocumenteerd voor de behandeling van de paniekstoornis(1-5). Met een behandeling met SSRI's wordt ongeveer 60% van de patiënten paniekvrij. Het effect is te evalueren na 4 weken behandeling met de streefdosis (zie aldaar). Onder invloed van SSRI's verbeteren paniekaanvallen in ernst en frequentie, vermindert agorafobisch vermijdingsgedrag, evenals depressieve klachten en diffuse angstklachten. SSRI's worden over het algemeen goed verdragen en zijn veilig in het gebruik. Desondanks valt gemiddeld 18% van de patiënten voortijdig uit vanwege bijwerkingen (6). Frequent voorkomende voorbijgaande bijwerkingen zijn: misselijkheid, hoofdpijn, angsttoename. Slaperigheid of slapeloosheid kan langer blijven bestaan. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosisafhankelijk en volledig reversibel na staken van de middelen. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn. In dubbelblinde placebogecontroleerde studies is de werkzaamheid van citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline ondubbelzinnig aangetoond.

Dosering

Er zijn gecontroleerde dosis-effect studies verricht bij de SSRI's citalopram (1), fluoxetine (2) en paroxetine (3). Bij paniekstoornis werd bij citalopram groepsgewijs de volgende doseringen vergeleken: 10-15 mg versus 20-30 mg versus 40-60 mg versus placebo (1). De beide laatste doseringen waren significant effectiever dan placebo, en de groep met de dosering 20-30 mg significant beter dan de groep 40-60 mg. Fluoxetine 20 mg werd vergeleken met 10 mg en met placebo. Uit dit onderzoek bleek dat beide doseringen significant effectiever zijn dan placebo, en met name 20 mg per dag (2). Bij paroxetine werden de volgende dagdoseringen met elkaar en met placebo vergeleken: 10, 20 en 40 mg. De dosering van 40 mg paroxetine was alleen significant effectiever dan placebo. Met deze dosering werd 86% van de patiënten paniekvrij, versus 65% op 20 mg paroxetine, 67% op 10 mg paroxetine en 50% op placebo. Door het hoge placebo-effect is de conclusie dat 40 mg paroxetine de enig juiste streefdosering is onjuist: de auteurs concluderen dat andere patiënten ook reageren op een minder hoge dosering (3). Bij de overige SSRI's is hiernaar geen systematisch onderzoek verricht. Tot op heden is geen dosistitratie studie met een SSRI verricht.

Lange termijn

De volgende SSRI's zijn op lange termijn onderzocht: citalopram, fluvoxamine, paroxetine. Er is ongecontroleerd onderzoek verricht tot 24 maanden (1-3). In deze studies wordt de oorspronkelijke dosering aangehouden. Niet onderzocht is of een lagere dosering ook effectief blijft. Er is bij de SSRI's geen systematisch onderzoek verricht naar de gevolgen van staken van de medicatie.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat SSRI's veilig en effectief zijn bij de behandeling van een paniekstoornis. Hoewel goed getolereerd, valt door bijwerkingen 18% van de behandelde patiënten voortijdig uit.</p> <p>A1 Bakker et al²⁵ ; A2 Hoehn-Saric et al¹⁶⁸ ; A2 Lecrubier et al²⁰⁴ ; A2 Michelson et al²⁴⁹ ; A2 Pollack et al²⁸⁷ ; A2 Wade et al³⁶⁵</p>
-----------------	---

Dosering

Niveau 1	<p><u>Van de SSRI's citalopram is 20-30 mg per dag gemiddeld de streefdosering, voor fluoxetine 20 mg en voor paroxetine</u></p>
-----------------	--

20-40 mg per dag. Bij de overige SSRI's zijn geen dosis-effect studies verricht. Lagere doseringen kunnen in individuele gevallen ook effectief zijn.

A2 Wade et al³⁶⁵ ; Michelson et al²⁴⁹ ; Ballenger et al³²

Lange termijn

Niveau 1 Het is aannemelijk dat de SSRI's citalopram, fluvoxamine, paroxetine op lange termijn effectief blijven.

A2 Lecrubier et al²⁰⁵ ; A2 Lepola et al²⁰⁸ ; C Holland et al¹⁷³

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Ofschoon geen vergelijkende studies voorhanden zijn wordt aangenomen dat alle SSRI's even effectief zijn. In de klinische praktijk blijkt dat vooral in de eerste weken van de behandeling bijwerkingen van de SSRI's, en dan met name ook de angst- en paniektoename, prominent aanwezig kunnen zijn. Goede voorlichting vooraf, langzame opbouw van de medicatie, en kortdurende additie op zonedig basis van een benzodiazepine kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden. Bij gelijkwaardige effectiviteit en afwezigheid van voorkeur voor een bepaalde SSRI op basis van andere overwegingen gaat de voorkeur uit naar de goedkoopste SSRI.

Dosering

Bij de SSRI's waarbij geen dosis-effect onderzoek is verricht, fluvoxamine en sertraline, kunnen effectieve doseringen worden afgeleid uit placebogecontroleerd onderzoek en klinische ervaring. Gestart dient te worden met de laagste dosering. In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen, zoals de mogelijke toename van angstklachten in de beginfase, te verminderen. Het lukt meestal de patiënt in 2 weken op een streefdosering in te stellen. Zo nodig bij veel bijwerkingen kan langzamer opgebouwd worden. De effectiviteit wordt na 4 weken nadat de patiënt met de streefdosis is behandeld geëvalueerd. De klinische ervaring wijst uit dat bij een deel van de patiënten een lagere dosering dan de streefdosering ook al voldoende effectief is. Verder verhogen is dan niet nodig. Wanneer het middel goed wordt verdragen, maar onvoldoende effectief is, wordt de dosering verhoogd tot de maximale dosis, ontleend aan de klinische praktijk.

De start-, streef- en maximale doseringen per dag voor de SSRI's zijn bij paniekstoornis:

SSRI	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Citalopram	10 mg	20 - 30 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	20 mg	60 mg
Fluvoxamine	50 mg	100-150 mg	300 mg
Paroxetine	10 - 20 mg	20 - 40 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	100 mg	200 mg

Lange termijn

In de klinische praktijk blijken alle SSRI's bij langdurig gebruik effectief. Op basis van klinische ervaring zou overwogen kunnen worden na een jaar de dosering te verminderen. Ook blijkt hier dat sommige patiënten op de lange termijn met een lagere dagdosering uit kunnen komen. Dit wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van de SSRI's stapsgewijs te verlagen, en het effect van deze verlaging na 12 weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënt in remissie zijn gebleven na deze verlaging, kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Bij een deel van de patiënten blijkt een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk. Bij afbouwen van een SSRI kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, die kunnen lijken op de symptomen van de paniekstoornis, zoals angst, gespannenheid, duizeligheid en tremoren, maar ook paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen worden gemeld. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van die van een recidief van de paniekstoornis. Onthoudingsverschijnselen ontwikkelen zich in het algemeen binnen enige uren tot dagen na het verminderen of stoppen van de medicatie, terwijl een recidief over het algemeen weken

tot maanden na dosisreductie of staken ontstaat. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van de paniekstoornis is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de paniekstoornis waren en langer doorbehandelen. Ondanks het optreden van SSRI-onthoudingsverschijnselen bij te snel afbouwen spreekt men bij de SSRI's niet van gewenning en verslaving, omdat in tegenstelling tot bijvoorbeeld de benzodiazepinen, bij de SSRI's geen sprake is van psychische afhankelijkheid ('craving behaviour').

TCA's

Aanbevelingen:

Effectiviteit

De TCA's clomipramine en imipramine zijn in de farmacotherapie van paniekstoornis met of zonder agorafobie effectieve middelen. Aangezien de TCA's clomipramine en imipramine in vergelijking met SSRI's minder goed verdragen worden, meer uitval laten zien door bijwerkingen, minder veilig zijn en mogelijk minder effectief, wordt eerst behandeld met een middel uit groep van de SSRI's. Pas bij gebleken ineffectiviteit of intolerantie van de SSRI's wordt een van de TCA's, en dan bij voorkeur clomipramine, voorgeschreven.

Dosering

De TCA's worden langzaam ingeslopen om bijwerkingen te beperken. Getracht wordt de patiënt in twee weken op een streefdosis in te stellen, en vervolgens na 4 weken het effect te evalueren. I.v.m. de bijwerkingen wordt uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling geadviseerd, zonodig bij het begin van de behandeling ondersteund met een benzodiazepine op zonodig basis (kortdurend). Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de streefdosering al voldoende effectief zijn.

Lange termijn

Nadat TCA's na 6 weken effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd, en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij eventuele terugval goed gemonitord wordt. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen. Bij dit laatste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van de paniekstoornis is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de paniekstoornis waren en langer doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In dubbelblinde placebocontroleerde studies is de werkzaamheid van de TCA's clomipramine en imipramine bij de paniekstoornis ondubbelzinnig aangetoond (1,2). Andere TCA's zijn onvoldoende onderzocht (bijvoorbeeld amitriptyline) of onwerkzaam bevonden (bijvoorbeeld maprotiline). De werkzaamheid lijkt vooral afhankelijk van de serotonerge activiteit.

Met een behandeling met deze TCA's wordt ongeveer 60% van de patiënten paniekvrij. Het effect is te evalueren na 4 weken behandeling met de streefdosis (zie aldaar). Onder invloed van TCA's verbeteren paniekaanvallen in ernst en frequentie, vermindert agorafobisch vermijdingsgedrag, evenals depressieve klachten en diffuse angstklachten. TCA's worden over het algemeen minder goed verdragen dan SSRI's en zijn onveilig bij overdosering. Gemiddeld valt 30% van de patiënten voortijdig uit vanwege bijwerkingen (3). Frequent voorkomende bijwerkingen zijn: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urine retentie, angsttoename, reactietijdvertraging. Een deel hiervan, zoals de angsttoename, sufheid en de hartkloppingen, is voorbijgaand. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosis afhankelijk en volledig reversibel na staken van de middelen. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn.

Tot op heden is de effectiviteit van imipramine met die van clomipramine dubbelblind met vergeleken in 2 studies. Uit deze studies blijkt dat clomipramine significant effectiever is dan imipramine (4,5).

Er zijn twee RCT's verricht waarin de effectiviteit van citalopram (6) respectievelijk paroxetine (7) vergeleken werd met die van clomipramine. De SSRI's citalopram en paroxetine bleken effectiever zijn clomipramine.

Dosering

Slechts bij imipramine is een dosiseffect studie verricht. Hieruit bleek een significant positieve dosisrespons relatie te bestaan. Patiënten die een dagdosering kregen van 1,5 mg/kg of 3,0 mg/kg verbeterden significant meer dan zij die ingesteld werden op een lagere dosering van 0,5 mg/kg. Met een goed effect correleerde een plasmaspiegel tussen 110 en 140 mg/ml (1). Bij clomipramine is geen dosis-effect onderzoek verricht.

Lange termijn

Er is placebogecontroleerd onderzoek bij zowel imipramine en clomipramine verricht tot 8 maanden (1,2). In deze studies wordt de oorspronkelijke dosering aangehouden. Het is onduidelijk of een lagere dosering ook effectief blijft. Wat betreft de kans op recidief na stoppen van de medicatie is gebleken dat die kleiner is na 1 jaar vervolgbehandeling dan na ½ jaar (3).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat de TCA's clomipramine en imipramine effectief zijn bij de behandeling van paniekstoornis. Er zijn enige aanwijzingen dat clomipramine effectiever is dan imipramine en dat de SSRI's citalopram en paroxetine effectiever zijn dan clomipramine. De TCA's zijn minder veilig dan SSRI's en worden minder goed getolereerd, hetgeen blijkt uit een voortijdige uitval door bijwerkingen van ongeveer 30%.</p> <p>A1 Bakker et al²¹ ; A2 Bakker et al²⁴ ; A2 Cross-National Collaborative Panic Study⁸⁵ ; A2 Gentile et al¹⁴² ; A2 Lecrubier et al²⁰⁵ ; A2 Modigh et al²⁵¹ ; A2 Wade et al³⁶⁵</p>
-----------------	---

Dosering

Niveau 3	<p>Van de TCA imipramine is een dagdosering tussen 1,5 en 3,0 mg/kg en een plasmaspiegel tussen 110 en 140 mg/ml geassocieerd met een significant hoger effect dan hogere of lagere doseringen of plasmaspiegels. Bij clomipramine zijn geen dosis-effect studies verricht. Ook lagere doseringen kunnen in individuele gevallen effectief zijn.</p> <p>A2 Mavissakalian et al²³¹</p>
-----------------	--

Lange termijn

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat de TCA's clomipramine en imipramine effectief blijven op lange termijn. Er vindt minder terugval plaats wanneer minimaal 1 jaar wordt doorbehandeld.</p> <p>A2 Lecrubier et al²⁰⁵ ; A2 Curtis et al⁸⁶ ; A2 Mavissakalian et al²³⁰</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

In de klinische praktijk blijkt dat vooral in de eerste weken van de behandeling bijwerkingen van de TCA's, en dan met name ook de angst- en paniektoename, prominent aanwezig kunnen zijn. Goede voorlichting vooraf, langzame opbouw van de medicatie en kortdurende additie op zonedig basis van een benzodiazepine kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Dosering

De aanbevolen dosering van clomipramine is afgeleid uit aanwezig placebogecontroleerd onderzoek en klinische ervaring. Aangezien in de klinische praktijk meestal niet gewerkt wordt met een dagdosering berekend aan de hand van het gewicht van de patiënt en/of een plasmaspiegel, worden hieronder ook de gebruikelijke dagdoseringen weergegeven. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de aanbevolen dagdosering al effectief zijn. In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen zoals een mogelijke toename van angstklachten te verminderen. Het lukt meestal de patiënt in 2 weken op een streefdosering in te stellen. Zo nodig bij veel bijwerkingen langzamer instellen. De effectiviteit wordt na 4 weken waarin de patiënt met de streefdosis is behandeld geëvalueerd. Wanneer het middel goed wordt verdragen, maar onvoldoende effectief is, wordt de dosering verhoogd tot de maximale dosis, ontleend aan de klinische praktijk.

De start-, streef-, en maximale doseringen per dag voor de TCA's zijn bij paniekstoornis:

TCA	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Clomipramine	25 mg	100 - 150 mg	250 mg
Imipramine	25 mg	100 - 150 mg	300 mg

In de klinische praktijk blijkt dat vooral in de eerste weken van de behandeling bijwerkingen van de TCA's, en dan met name ook de angst- en paniektoename, prominent aanwezig kunnen zijn. Goede voorlichting vooraf, langzame opbouw van de medicatie, en kortdurende additie op zonedig basis van een benzodiazepine kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Lange termijn

Op basis van klinische ervaring zou overwogen kunnen worden na een jaar de dosering te verminderen. Ook blijkt hier dat sommige patiënten op de lange termijn met een lagere dagdosering uit kunnen komen. Dit wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van de TCA's stapsgewijs te verlagen, en het effect van deze verlaging na 12 weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënt in remissie zijn gebleven na deze verlaging, kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Bij een deel van de patiënten blijkt een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk. Bij afbouwen van een TCA kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, die kunnen lijken op de symptomen van de paniekstoornis, zoals angst, gespannenheid, duizeligheid en tremoren, maar ook paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen worden gemeld. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van die van een recidief van de paniekstoornis. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonedig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van de paniekstoornis is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de paniekstoornis waren en langer doorbehandelen.

MAOI's

Aanbevelingen:

De MAOI fenelzine is beperkt onderzocht op effectiviteit bij de paniekstoornis. Aangezien fenelzine in vergelijking met TCA's en SSRI's minder goed verdragen wordt, meer uitval laat zien door bijwerkingen en minder veilig is, wordt eerst behandeld met een middel uit groep van de SSRI's en TCA's. Zelfs is het aan te raden eerst een van de benzodiazepinen te proberen alvorens met fenelzine wordt gestart. In ieder geval moet een patiënt behandeld zijn met cognitieve gedragstherapie. Bij gebleken effectiviteit dient fenelzine langdurig te worden voorgeschreven. Wanneer men uiteindelijk in de fase van een MAOI beland is, is een zeer langdurige onderhoudsbehandeling te overwegen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit, dosering, lange termijn

De MAOI fenelzine is tweemaal dubbelblind onderzocht bij de paniekstoornis en effectiever gebleken dan placebo (1,2). Tranylcypromine is niet onderzocht. Aangezien de studies met fenelzine zijn uitgevoerd voor het verschijnen van de DSM-III, zijn de criteria voor paniekstoornis niet gebruikt. In beide studies werd fenelzine gegeven in een dosering van 45 mg per dag. Waarschijnlijk heeft een deel van de patiënten een hogere dagdosis nodig. Er was relatief veel vroegtijdige uitval (ongeveer 50%). Het effect is te evalueren na 4 weken behandeling met een dosering tussen 40 en 60 mg per dag. Aangeraden wordt fenelzine in te sluipen en te starten met 10 mg. Er zijn geen dosis-effect studies verricht. Onder invloed van fenelzine verbeteren paniekaanvallen in ernst en frequentie, vermindert agorafobisch vermijdingsgedrag, evenals depressieve

klachten en diffuse angstklachten. Fenelzine heeft een groot nadeel: patiënten moeten zich zeer strikt aan een tyraminevrij dieet houden, vanwege een levensbedreigende interactie met tyramine in voedsel. Veel gerapporteerde (tot 50%) bijwerkingen zijn: hypotensie, slapeloosheid en droge mond. Ook worden seksuele functiestoornissen gemeld (20%). Vanwege de genoemde interactie met tyramine moet het voorschrijven van de MAOI fenelzine bij paniekstoornis slechts gereserveerd worden voor zeer ernstige, therapieresistente patiënten.

De effectiviteit van fenelzine is eenmaal met die van imipramine dubbelblind vergeleken. Beide middelen waren even effectief (2).

Over de lange termijn effectiviteit zijn geen wetenschappelijke gegevens bekend.

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de MAOI fenelzine effectief is bij de behandeling van paniekstoornis in een dosering tussen 40 en 60 mg per dag. Er is geen verschil gevonden met de TCA imipramine. Fenelzine is minder veilig dan TCA's en SSRI's en wordt minder goed getolereerd, hetgeen blijkt uit een voortijdige uitval door bijwerkingen van ongeveer 50%. I.v.m. mogelijke interactie met tyramine in voedsel is altijd een dieetadvies noodzakelijk. Gegevens over het effect op lange termijn ontbreken. B Tyrer et al; B Sheehan et al ³²¹
-----------------	--

Overige overwegingen:

In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen te verminderen. Bij zorgvuldige begeleiding kan het uitvalpercentage sterk verminderd worden. Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moet worden voorgeschreven, conform de SSRI's en de TCA's. Opgemerkt dient nog te worden dat MAOI's alleen op artsenverklaring kunnen worden voorgeschreven. De mening van de Werkgroep is dat dit een psychiater dient te zijn.

Benzodiazepinen

Aanbevelingen:

Effectiviteit

De benzodiazepinen alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam zijn in de farmacotherapie van paniekstoornis met of zonder agorafobie effectief gebleken. Vanwege afhankelijkheid zijn deze middelen echter niet eerste keuze, en moeten ze na SSRI's en TCA's worden gegeven. De arts dient de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid te informeren. Het lijkt zinnig voordat benzodiazepinen worden gegeven eerst cognitieve gedragstherapie toe te passen.

Zoals besproken bij de SSRI's en de TCA's kunnen benzodiazepinen ook op zonodig basis kortdurend toegevoegd worden bij initiatie van de behandeling met een SSRI of een TCA om de initiële angsttoename op te vangen.

Dosering

Het benzodiazepine wordt gestart met de lage startdosering. Zonodig wordt verder verhoogd tot de streefdosis

Lange termijn

Nadat de benzodiazepine na enige dagen tot weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd, en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen. Deze dienen onderscheiden te worden van recidiefklachten van de paniekstoornis.

Bij onthoudingsverschijnselen is het beleid: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van de paniekstoornis is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de paniekstoornis waren en langer doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

De benzodiazepinen alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam zijn effectief bevonden in placebogecontroleerd onderzoek (1-4). Er zijn enige open studies met andere benzodiazepinen gerapporteerd. Met een behandeling met deze benzodiazepinen wordt 60% van de patiënten paniekvrij. Het effect is direct te evalueren wanneer de streefdosis is bereikt. Onder invloed van benzodiazepinen verbeteren paniekaanvallen in ernst en frequentie, vermindert agorafobisch vermijdingsgedrag, evenal diffuse angstklachten. Sombereheidsklachten verbeteren echter niet significant (5). Benzodiazepinen worden over het algemeen goed verdragen en zijn veilig in het gebruik. Slechts weinig patiënten (ongeveer 15%) vallen voortijdig uit vanwege bijwerkingen (6). De meest voorkomende voorbijgaande bijwerking is sufheid. Bij langer gebruik geven benzodiazepinen afhankelijkheid (lichamelijk en psychisch), een reactietijdvertraging, cognitieve stoornissen (anterograde amnesie) en bij oudere patiënten een toegenomen valneiging. Alprazolam is dubbelblind vergeleken met diazepam en lorazepam (5). Er werden geen significante verschillen gevonden.

De benzodiazepinen zijn een tiental maal dubbelblind vergeleken met imipramine. Het betreft voornamelijk onderzoek met alprazolam. Na 6 weken werd geen significant verschil gevonden op de parameters paniek, agorafobie, depressie en angst. Het verschil zat in de uitvallers (15% versus 27%), en in de bevinding dat de benzodiazepinen al binnen enige dagen effectief zijn, terwijl de effectiviteit voor imipramine pas na enige weken ontstaat. In een analyse waarin het verschil in voortijdige uitvallers werd meegewogen, werd eveneens geen significant verschil gevonden (6).

De bijwerkingen reactietijdvertraging en cognitieve stoornissen kunnen een negatieve invloed hebben op de leereffecten binnen gelijktijdige gedragstherapie. Dit negatieve effect treedt niet op bij de combinatie SSRI en gedragstherapie.

Dosering

Er zijn twee dosiseffect studies verricht met alprazolam (1,2). Hieruit is gebleken dat 6 mg alprazolam effectiever was dan 2 mg, terwijl deze laatste conditie niet effectiever was dan placebo. Uit al het overig onderzoek blijkt dat benzodiazepinen hoog moeten worden gedoseerd om effectief te kunnen zijn bij deze indicatie. Hier is echter geen systematisch onderzoek naar verricht.

Lange termijn

Gecontroleerd lange termijn onderzoek gedurende 24 respectievelijk 32 weken is verricht met alprazolam (1,2). In een open studie van meer dan 1 jaar (3) bleek clonazepam effectief. Uit deze studies blijkt dat er geen tolerantie optreedt voor het anxiolytische effect van het benzodiazepine. Sommige patiënten kunnen de dagdosering verlagen met behoud van het initiële effect.

Bij te snel afbouwen van benzodiazepinen kunnen onttrekkingsverschijnselen optreden.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>De benzodiazepinen alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam zijn effectief bij de behandeling van de paniekstoornis en relatief veilig. Er is geen verschil in effectiviteit tussen deze middelen, noch tussen benzodiazepinen en imipramine. Door bijwerkingen valt ongeveer 15% van de behandelde patiënten voortijdig uit. Nadelen zijn de afhankelijkheid die optreedt bij langdurig gebruik en de bijwerkingen. Deze bijwerkingen kunnen ook een negatief effect hebben op gelijktijdige cognitieve gedragstherapie.</p> <p>A2 Cross-National Collaborative Panic Study⁸⁵ ; A1 van Balkom et al³⁰ ; A1 van Balkom et al²⁹</p>
-----------------	---

Dosering

Niveau 1	Het is aangetoond dat de dosering van alprazolam op 6 mg per dag ligt. Bij de overige benzodiazepinen is geen dosis-effect studie verricht. A2 Lydiard et al ²¹³ ; A2 Uhlenhuth et al ³⁵⁵
-----------------	---

Lange termijn

Niveau 1	Alprazolam en clonazepam blijven effectief op lange termijn. De dagdosering kan soms worden verlaagd. A2 Ballenger ³³ ; A2 Burrows et al ⁶³ ; C Pollack et al ²⁸⁸
-----------------	---

Overige overwegingen:Dosering

In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie moet worden ingeslopen om bijwerkingen, zoals sedatie, te voorkomen of verminderen. Benzodiazepinen zijn in het algemeen direct effectief. Het is onze ervaring dat een deel van de patiënten op een lagere dosering reageert dan 6 mg alprazolam per dag. Aangezien in het dosiseffect onderzoek geen tussendosering van 4 mg per dag is onderzocht, stellen wij een streefdosering voor van 4-6 mg per dag. De aanbevolen doseringen van de overige middelen zijn afgeleid uit aanwezig placebogecontroleerd onderzoek en klinische ervaring. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de aanbevolen dagdosering al effectief zijn.

De start- en streefdoseringen per dag voor de benzodiazepinen zijn:

Benzodiazepine	Startdosering	Streefdosering
Alprazolam	1,5mg	4-6mg
Clonazepam	1mg	2-3mg
Diazepam	5-10mg	40-50mg
Lorazepam	1mg	2-4mg

Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie van de paniekstoornis**Richtlijntekst:**

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit geen voorkeur te bestaan voor een van de groepen farmaca. Ook binnen de groepen lijkt de effectiviteit vergelijkbaar. Een uitzondering vormen de TCA's, waarbij een voorkeur bestaat voor clomipramine ten opzichte van imipramine. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's. Daarop volgen de benzodiazepinen. De MAOI's hebben vrijwel geen toepassingsgebied, en moeten worden gereserveerd voor therapie-resistente patiënten (en alleen in de tweede of derde lijn).

De werkgroep adviseert dan ook de volgende stappenvolgorde:

- Stap 1: een SSRI
- Stap 2: een ander SSRI
- Stap 3: clomipramine
- Stap 4: een benzodiazepine
- Stap 5: een MAOI

Vanaf stap 3 of 4 dient altijd ook gedragstherapie overwogen te worden, als dat al niet eerder gedaan is.

Psychologische en psychotherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording van de literatuur

Op Psychinfo (=Psychological Abstracts) en Pubmed (=Medline) is gezocht op panic disorder and behavior therapy respectievelijk cognitive therapy respectievelijk cognitive-behavior therapy respectievelijk psychotherapy. Hetzelfde is gedaan voor agorafobia.

Waar dat de verheldering diende is gebruik gemaakt van aanvullende, niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

Er bestaat veel onderzoek naar de effectiviteit van psychologische interventies bij agorafobie en bij agorafobie met paniekaanvallen, zoals deze ziektebeelden respectievelijk in de DSM III en de DSM III-R werden omschreven. Uit meta-analyses blijkt dat exposure in vivo voor deze stoornissen de meest effectieve psychologische interventie is. Vanaf 1994 (DSM IV) wordt agorafobie beschouwd als een complicatie van paniekstoornis. In de behandeling komt deze veranderde visie tot uitdrukking in een meer benadrukken van de behandeling van paniekaanvallen.

Uit het onderzoek komt in zijn algemeenheid naar voren dat exposure in vivo en verschillende soorten paniekmanagement effectief zijn.

Exposure in vivo (EV)

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo is een uiterst effectieve interventie bij paniekstoornis met agorafobie. Zeker daar waar vermindering een belangrijk element is in het ziektebeeld, bestaat geen reden om a priori een andere psychologische interventie toe te passen dan exposure in vivo.

Wijze en duur van toepassing

Exposure in vivo moet dagelijks worden toegepast gedurende minimaal een uur per keer. De behandeling moet minimaal tien weken worden volgehouden. Het is van belang dat de patiënt uiteindelijk alleen en zelfstandig exposure uitvoert. Het is wel van belang dat de therapeut nauw betrokken is bij het opstellen van het exposureprogramma en bij het monitoren ervan. Wanneer het risico op drop out hoog wordt ingeschat kunnen intensiteit en frequentie van de exposurebehandeling naar beneden worden bijgesteld.

Duurzaamheid

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hun worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Deze behandeling is uitgebreid onderzocht in een groot aantal gerandomiseerde gecontroleerde studies. Doorgaans vindt zo'n zestig tot tachtig procent van de behandelde patiënten baat bij exposure in vivo (³⁵, ¹¹⁶). Daarbij is met name het gunstige effect op vermindering ondubbelzinnig aangetoond. Het effect van exposure in

vivo op paniek is minder goed gedocumenteerd.

Over het algemeen wordt de behandeling met exposure in vivo goed verdragen. Drop out percentages liggen doorgaans tussen de tien en de twintig (³⁵, ¹¹⁶). Er zijn geen bijwerkingen bekend.

Wijze en duur van toepassing

Exposure in vivo kan volgens verschillende procedures worden toegepast. Met betrekking tot een aantal procedureverschillen zijn vergelijkende studies verricht. Langdurige exposure is effectiever dan kortdurende; in vivo exposure is effectiever dan imaginaire; exposure in een groep is ongeveer even effectief als individueel toegepaste exposure; verschillen in individuele responspatronen hebben geen invloed op de effectiviteit van exposure; zelfgecontroleerde exposure is even effectief als exposure onder begeleiding van een therapeut; Ook wanneer exposure door de patiënt zelf wordt uitgevoerd, bevordert een actieve opstelling van de therapeut op het gebied van motivering uitleg en feedback de effectiviteit van exposure (¹¹⁵).

Er is geen onderzoek gedaan naar de optimale 'dosering' van exposure in vivo. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychologische interventies is doorgaans gericht op het vaststellen van minimale werkzaamheid en niet op dat van optimale werkzaamheid. Het wetenschappelijk onderzoek gaat meestal over exposure behandelingen die tien tot vijftien wekelijkse sessies duren waarbij tussen de zittingen in dagelijks door de patiënt zelfstandig exposure in vivo moet worden uitgevoerd. Daarbij wordt ernaar gestreefd dat deze exposure oefeningen telkens ongeveer een uur tot anderhalf uur duren (¹⁰⁹ ¹¹⁷). Het is onduidelijk in hoeverre de 'gouden regel' dat men gedurende exposure de situatie niet mag verlaten totdat de angst is gezakt inderdaad opgaat (²²⁷). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat angstreductie niet wordt aangetast wanneer aan de patiënt expliciet de mogelijkheid wordt geboden om de situatie te verlaten wanneer de angst te zeer oploopt (¹⁰¹ ²⁹² ¹¹⁵). Het is wel belangrijk dat de patiënt zich later alsnog aan de betreffende, door hem verlaten situatie blootstelt (¹¹⁷).

Duurzaamheid

Er is betrekkelijk weinig follow-up onderzoek gedaan naar de effecten op langere termijn van exposure in vivo. Bovendien kent het onderzoek dat is gedaan een aantal problemen. Er is dikwijls weinig zicht op de vraag of en in hoeverre aanvullende behandelingen hebben plaatsgevonden na de behandeling waarvan men het lange termijn effect onderzoekt. Nogal wat patiënten gaan tijdens de follow-up fase verloren voor het onderzoek. Ook de wijze waarop veel onderzoek wordt uitgevoerd (telefonisch of per post) staat al te harde conclusies over de duurzaamheid niet toe.

Voor zover er onderzoeksgegevens zijn, blijken de effecten van exposure in vivo op paniekstoornis met of zonder agorafobie over het algemeen duurzaam te zijn (²³ ²²² ¹¹⁵ ¹¹⁶).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat exposure in vivo effectief is bij de behandeling van de paniekstoornis met agorafobisch vermijdingsgedrag.</p> <p>A1 Van Balkom, Nauta & Bakker, 1995²⁹; van Balkom et al., 1997³⁰; 1998²⁸; Clum et al., 1993⁷³; Cox et al., 1992⁸¹; Mattick et al., 1990²²⁹</p>
-----------------	---

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	<p>Exposure in vivo moet worden toegepast als een betrekkelijk intensieve behandeling. Zij moet minimaal twee tot drie maanden duren en er moet dagelijks minimaal een uur (zelf)exposure worden toegepast. Met specifieke situaties moet net zo lang worden geoefend totdat de situatie geen angst meer oproept. De therapeut moet duidelijke instructies en feedback geven over de wijze waarop exposure in vivo werkt en dient te worden uitgevoerd.</p>
-----------------	---

A2 Rachman et al, 1986 ²⁹² ; De Silva & Rachman, 1984 ¹⁰¹ ; Edelmann, 1992 ¹⁰⁹ ; Emmelkamp & van Balkom, 1996 ¹¹⁷ ; Emmelkamp, 1994 ¹¹⁵
--

Duurzaamheid

Niveau 1	Het is aangetoond dat de effecten van exposure in vivo op paniekstoornis met of zonder agorafobie over het algemeen duurzaam zijn
	A1 Bakker, van Balkom, Spinhoven et al., 1998 ²³ ; A2 Marks, 1987 ²²² ; Emmelkamp, 1994 ¹¹⁵ ; Emmelkamp et al., 2000 ¹¹⁶

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Hoewel exposure in vivo, met name in het verleden, vooral is onderzocht bij vrouwelijke patiënten, is het waarschijnlijk dat de methode effectief is voor een brede doelgroep, dus ook voor manlijke patiënten. Ook wanneer sprake is van relatieproblemen of van comorbiditeit met andere psychische stoornissen is dat doorgaans geen reden om paniekstoornis met agorafobie niet meteen te behandelen met exposure in vivo. Verschillende verklaringen worden gehanteerd voor het werkzame mechanisme achter exposure in vivo. Wat deze verklaring ook is, doorgaans streeft men naar daadwerkelijke herhaalde en langdurige blootstelling aan concrete agorafobische prikkels, totdat de angst voldoende is afgenomen.

Wijze en duur van toepassing

Er is veel voor te zeggen om exposure in vivo uiteindelijk in een zelf-gecontroleerd format toe te passen. De behandelaar moet wel goede instructies geven voor en tijdens de behandeling en de patiënt enthousiasmeren. Het maakt geen verschil of exposure verder individueel wordt uitgevoerd of in groepsverband. Op dit punt kan dus rekening worden gehouden met de wensen van de patiënt en met wensen ten aanzien van efficiency.

Duurzaamheid

Exposure in vivo is een methode die ook op langere termijn effectief blijft. Dat neemt niet weg dat over de duurzaamheid toch de nodige onzekerheid bestaat. Er is niet zo heel veel onderzoek gedaan en dat onderzoek kent bovendien de nodige technische problemen. Bovendien staat vast dat een aantal patiënten terugvalt in de periode na een aanvankelijk geslaagde behandeling (⁸³). Hoewel het toevoegen van cognitieve gedragstherapie (^{274 62}) of kortdurende psychodynamische therapie (³⁷⁸) aan een op paniek gerichte medicamenteuze behandeling een terugvalvoorkomend effect kan hebben, is niet duidelijk welke factoren daarvoor precies zorgen. Het is al evenmin duidelijk welke maatregelen men moet nemen bij daadwerkelijke terugval na een aanvankelijk succesvolle behandeling. In de praktijk zoekt men het doorgaans in maatregelen die passen bij 'good clinical practice'. Daartoe kunnen worden gerekend: een beperkt aantal, over een wat langere periode gespreide vooraf vastgelegde terugkomdagen, aan goede voorlichting en samenwerking met de huisarts, aan laagdrempelige niet vooraf vastgelegde terugkommogelijkheden en aan het voorschrijven van zelfhulpboeken.

Psychologische paniekmanagement (PM)

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Bij paniekstoornis, al dan niet met agorafobie, is PM de aangewezen psychologische interventie wanneer angst voor paniek en het regelmatig vóórkomen van paniek het klinisch beeld in belangrijke mate bepalen. Bij agorafobische vermijding zal de methode dikwijls moeten worden gecombineerd met exposure in vivo.

Wijze en duur van toepassing

Bij paniekstoornis, al dan niet met agorafobie, is PM de aangewezen psychologische interventie wanneer

angst voor paniek en het regelmatig vóórkomen van paniek het klinisch beeld in belangrijke mate bepalen. Anders dan het geval is bij exposure in vivo bestaat nog geen algemeen geaccepteerde 'standaardmethode'. Vooral nog wordt geadviseerd methodes te gebruiken die voldoen aan een voldoende combinatie van de hierboven beschreven kenmerken (herinterpretatie, coping en blootstelling aan interne sensaties). Paniekmanagement moet worden toegepast gedurende een periode van één tot drie maanden. Patiënten moeten daarnaast frequent oefenen buiten de therapiezittingen. Er zijn geen overwegende bezwaren tegen PM in groepsverband.

Duurzaamheid

Verschillende varianten van PM kunnen worden toegepast zolang een geruststellende herinterpretatie, interne exposure en coping deel uitmaken van de interventie en zolang de behandeling gedurende minimaal een maand wordt voortgezet. Bij onvoldoende effect kan de interventie nog zeker twee maanden langer worden toegepast, voordat men moet besluiten dat PM waarschijnlijk ineffectief is voor de patiënt.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Systematisch onderzoek naar psychologische paniekmanagement (PM) is pas van betrekkelijk recente datum. Toch is PM inmiddels in een aantal meta-analyses en reviews betrokken ([29](#) [30](#) [83](#) [261](#) [114](#)). Daaruit blijkt dat PM een effectieve methode is om paniekaanvallen en (in mindere mate) vermindering te reduceren. Dropout percentages liggen rond de tien procent ([83](#)) en er zijn geen bijwerkingen bekend.

Wijze en duur van toepassing

Er zijn verschillende soorten PM beschreven. Daartussen bestaan veel overeenkomsten en enkele verschillen. De meest vóórkomende overeenkomsten zijn dat, in combinatie, doorgaans een geruststellende herinterpretatie ten aanzien van panieksensaties wordt nagestreefd, dat copingvaardigheden worden aangeleerd en dat blootstelling plaatsvindt aan panieksensaties. De belangrijkste verschillen liggen in de wijze waarop dat gebeurt en in de nadruk die elk van deze elementen krijgt. Ter illustratie volgt een korte beschrijving van de drie duidelijkst beschreven en meest onderzochte soorten PM:

Cognitive Therapy Package (CTP: Salkovskis & Clark, 1991). Deze methode sluit het meeste aan bij Beck's cognitieve therapie. Catastrofale cognities omtrent panieksensaties worden vastgesteld waarna wordt getracht om deze cognities middels 'Socratische dialoog' te veranderen. Frequent wordt gebruik gemaakt van gedragsexperimenten om cognitieve veranderingen te stimuleren. In theorie ligt de meeste nadruk op herinterpretatie. In de praktijk vindt middels gedragsexperimenten dikwijls blootstelling plaats. Coping maakt betrekkelijk impliciet onderdeel uit van de interventie.

Panic Control Treatment (PCT: [36](#)). Deze methode is vooral gebaseerd op interoceptieve exposure en exposure in vivo. De patiënt leert een aantal copingvaardigheden aan, waaronder ontspanning en ademhalingregulatie, waarna hij met behulp van diverse provocatieprocedures wordt blootgesteld aan de lichamelijke sensaties die hij vreest (interoceptieve exposure). Met behulp van de eerder aangeleerde coping leert hij vervolgens deze gevreesde sensaties te controleren en toe te passen in levensechte gevreesde situaties (exposure in vivo aan externe cues). Herinterpretatie kan worden beschouwd als een betrekkelijk impliciet gevolg van blootstelling en coping.

Applied Relaxation (AR: [269](#)). Deze methode gaat vooral uit van coping. De patiënt leert vroege signalen van paniek herkennen zodat hij deze vervolgens met eerder aangeleerde ontspanningstechnieken kan beheersen. Blootstelling en herinterpretatie zijn eerder impliciet aanwezig.

Duurzaamheid

In diverse RCT's is aangetoond dat de effecten van PM gedurende minimaal een jaar behouden blijven ([71](#) [83](#) [261](#)). Ook in een meta-analyse bleef de effectiviteit van PM op langere termijn bestaan, ondanks het feit dat betrekkelijk weinig studies met PM die bovendien qua inhoud nogal van elkaar verschilden in de analyse waren opgenomen ([23](#)). Toch leert nadere bestudering dat in de follow-up periode nogal wat individuele schommelingen kunnen optreden ([83](#)).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Psychologische paniekmanagement is effectief bij de behandeling van paniekstoornis. T.a.v. het effect op ernstig agorafobisch vermijdingsgedrag moet de conclusie iets voorzichtiger zijn: waarschijnlijk moet de methode daar worden gecombineerd met (of worden vervangen door) exposure in vivo.</p> <p>A1 Van Balkom, Nauta & Bakker, 1995²⁹ ; van Balkom et al., 1997³⁰ ; 1998²⁸ ; Craske, 1999⁸³ ; Oei et al., 1999²⁶¹ ; Emmelkamp, 2000¹¹⁶ ; Clark, 1996⁷¹</p>
-----------------	---

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	<p>Verschillende soorten psychologische paniekmanagement zijn effectief bij de behandeling van paniekstoornis. T.a.v. het effect op ernstig agorafobisch vermijdingsgedrag moet de conclusie iets voorzichtiger zijn: waarschijnlijk moet de methode daar worden gecombineerd met (of worden vervangen door) exposure in vivo.</p> <p>A1 Van Balkom, Nauta & Bakker, 1995²⁹ ; Van Balkom et al., 1997³⁰ ; 1998²⁸ ; Craske, 1999⁸³ ; Oei et al., 1999²⁶¹ ; Emmelkamp, 2000¹¹⁶ ; Clark, 1996⁷¹</p>
-----------------	---

Duurzaamheid

Niveau 1	<p>De effecten van PM zijn, zeker die op middellange termijn, behoorlijk duurzaam, al kunnen er individuele variaties optreden. Over de effecten op zeer lange termijn (meer dan vijf jaar) zijn geen gegevens bekend.</p> <p>A1 Bakker et al., 1998²³ ; A2 Clark, 1996⁷¹ , Craske, 1999⁸³ , Oei, 1999²⁶¹</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

PM is een methode die door patiënten betrekkelijk gemakkelijk wordt geaccepteerd. Diverse varianten van de interventie zijn geprotocolleerd, zodat de uitvoering betrekkelijk eenvoudig is. De methode kan worden gecombineerd met andere interventies als exposure in vivo.

Wijze en duur van toepassing

Weliswaar zijn verschillende methodes van paniekmanagement op hun minimale effectiviteit onderzocht, er zijn geen studies gedaan naar optimale effectiviteit. In de studies die zijn gedaan duurt paniekmanagement doorgaans tussen de vier en zestien sessies, die meestal wekelijks plaatsvinden. Daarnaast moet in de periode tussen de therapiezittingen thuis worden geoefend. Dat in een eerdere meta-analyse (²⁹) geen effect van PM werd gevonden en in een later meta-analyse (³⁰) wel, wordt door de auteurs toegeschreven aan het feit dat PM in de studies die zijn opgenomen in de tweede analyse langer duurden dan die in de eerste analyse waren geïncludeerd.

PM wordt doorgaans toegepast in een individueel format.

Er zijn enkele gecontroleerde studies gedaan naar groepsbehandelingen waarin ook een vorm van PM was betrokken. Hoewel meer onderzoek nodig is, lijkt een groepsformat voorsnog niet minder effectief te zijn dan individuele behandeling (⁸³).

PM is zeer effectief bevonden ten aanzien van paniek. De effectiviteit van uitsluitend PM ten aanzien van vermijding is echter niet heel duidelijk. Bovendien zijn de effecten ten aanzien van paniek doorgaans minder bij patiënten die tevens sterk agorafobisch zijn (⁸³). Het lijkt daarom zinvol om PM te laten volgen door

exposure in vivo, wanneer naast paniek tevens sprake is van meer dan milde vermijding. De gangbare rationale is dat patiënten na een periode 'droog oefenen' hun anti-paniek vaardigheden tijdens exposure kunnen toepassen in 'situaties waarin het er werkelijk om gaat'. Ondanks de 'logica' van deze handelwijze wordt in onderzoek tot nu slechts zelden een meerwaarde gevonden voor PM+EV boven uitsluitend EV bij paniekpatiënten met tevens ernstige agorafobie (⁸³).

Duurzaamheid

Het onderzoek naar de effectiviteit van PM is van nog betrekkelijk recente datum. Mede omdat verschillende varianten van PM effectief blijken te zijn, lijkt de methode nog niet te zijn 'uitontwikkeld'. Het is denkbaar dat binnen afzienbare tijd nog betere varianten van PM worden ontwikkeld, ook met betrekking tot de duurzaamheid van de effecten. PM moet wel gedurende een langere periode worden gegeven. Intensieve training gedurende minimaal een maand lijkt daarbij het minste.

Algemene conclusies met betrekking tot keuze van psychologische interven

Richtlijntekst:

Met betrekking tot de keuze van psychologische interventies ten aanzien van paniekstoornis al dan niet met agorafobie wordt het volgende stappenplan aangeraden:

Stap 1:

- Stel vast of uitsluitend sprake is van agorafobie
- Ga na of in dat geval tevens heftige angst bestaat voor paniekaanvallen
- Zo ja: overweeg in dat geval eerst stap 3 of ga meteen over naar stap 2
- Zo nee: ga naar stap 2

Stap 2:

- Behandel gedurende minimaal twee maanden met intensieve exposure in vivo
- Verminder de mate van intensiteit wanneer drop out dreigt
- Overweeg andere of aanvullende behandelmogelijkheden wanneer na zestien weken onvoldoende resultaat is geboekt. Maak bij afsluiting afspraken over vaste terugkombijeenkomsten, zelfhulp en heraanmelding in geval van dreigende terugval

Stap 3:

- Stel vast of uitsluitend sprake is van paniekstoornis of van heftige angst voor paniek bij patiënten met agorafobie
- Behandel in dat geval minimaal een maand met intensieve PM waarin in ieder geval een geruststellende verklaring, interne exposure en coping zijn begrepen
- Ga door tot maximaal zestien weken om een effect te bereiken
- Overweeg daarna of stap 2 moet worden toegevoegd
- Overweeg andere of aanvullende behandelmogelijkheden wanneer na zestien weken onvoldoende resultaat is geboekt. Maak bij afsluiting afspraken over vaste terugkombijeenkomsten, zelfhulp en heraanmelding in geval van dreigende terugval

Een lastige keuze ligt dus bij de combinatie 'paniekstoornis met forse agorafobie'. Over groepen gemeten zijn PM+EV en EV meestal even effectief al lijkt er een licht voordeel te bestaan voor PM+EV. Per individu kan het echter verschillen.

Combinatietherapie

Richtlijntekst:

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een

gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: panic disorder, agoraphobia en treatment. Dit leverde 4 studies op waarin antidepressiva of benzodiazepinen direct vergeleken werden met cognitieve gedragstherapie. Er werden 12 combinatiestudies gevonden. Het betreft 10 maal de combinatie van een antidepressivum met exposure in vivo en tweemaal de combinatie van het antidepressivum imipramine met systematische desensitisatie. Aangezien deze laatste behandeling niet meer wordt gebruikt bij paniekstoornis (P) met of zonder agorafobie (A), worden deze studies hieronder niet besproken. Eén studie is verricht met het bij PA onwerkzame moclobemide, en werd daarom niet geïnccludeerd. Twee studies betroffen de combinatie van benzodiazepinen, en wel voornamelijk alprazolam met exposure in vivo. Aangezien benzodiazepinen geen middel van eerste keuze zijn bij PA, worden deze studies ook niet geïnccludeerd. De overige studies zijn verricht met imipramine (5x) en fluvoxamine (2x).

Aanbevelingen:

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie: effectiviteit

Bij patiënten met paniekstoornis met agorafobie met matig ernstige en ernstige agorafobie of met een comorbide depressie, wordt een behandeling gestart met antidepressiva. Na enige weken wordt het antidepressivum gecombineerd met exposure in vivo om het resterende agorafobische vermijdingsgedrag aan te pakken. Bij patiënten zonder agorafobie kan gestart worden met cognitieve gedragstherapie ter bestrijding van de paniekaanvallen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit antidepressiva en benzodiazepinen versus cognitieve gedragstherapie

In twee studies zijn de SSRI's fluvoxamine (1) en paroxetine (2) vergeleken met cognitieve therapie. In één studie is de TCA imipramine vergeleken met cognitieve therapie (3). In beide studies met de SSRI's was de medicatie superieur aan cognitieve therapie. Het omgekeerde werd gevonden voor de vergelijking imipramine versus cognitieve therapie. Een verklaring kan liggen in de onderzochte populaties. Bij de studies met de SSRI's waren de meeste patiënten matig of ernstig agorafobisch, terwijl de groep patiënten, die met imipramine werd behandeld, geen of weinig last had van fobische klachten. Als deze hypothese bevestigd wordt, volgt hieruit dat cognitieve therapie alleen minder succesvol is naarmate er bij de patiënt sprake is van ernstiger agorafobisch vermijdingsgedrag. Voor antidepressiva lijkt de aanwezigheid en ernst van het vermijdingsgedrag niet van belang te zijn voor de effectiviteit.

In één studie (4) is het benzodiazepine aprazolam vergeleken met cognitieve therapie. In deze studie bleek cognitieve therapie betere effecten te geven dan alprazolam.

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie: effectiviteit

In vijf van de zeven studies werden patiënten ingesloten met een paniekstoornis met agorafobie. Deze studies worden eerst besproken. In deze studies werden de onderzochte antidepressiva imipramine en fluvoxamine in doseringen gegeven zoals bij paniekstoornis met agorafobie gebruikelijk (1-5). Gedragstherapie is onderzocht in verschillende varianten van exposure in vivo. In drie van de vijf studies en één meta-analyse werd de combinatiebehandeling significant effectiever bevonden dan medicatie alleen of exposure in vivo alleen (2,3,5,6). Het effect bleek onafhankelijk van comorbide depressieve klachten. Een superieur effect van de combinatiebehandeling is na 2-5 jaar niet aangetoond in afzonderlijke follow-up studies (7-9), maar wel in een meta-analyse over het lange termijn effect van behandelingen bij de paniekstoornis (10).

In de twee laatste studies werd imipramine (11) en fluvoxamine (12) gecombineerd met cognitieve gedragstherapie voornamelijk gegeven ter bestrijding van de paniekaanvallen. In een studie (11) betrof het een patiëntenpopulatie zonder agorafobie, in de andere studie (12) waren de patiënten weliswaar agorafobisch, maar werd weinig nadruk gelegd op exposure in vivo. In geen van deze studies was de combinatie superieur aan de elementen.

Conclusies:

Effectiviteit antidepressiva en benzodiazepinen versus cognitieve gedragstherapie

Niveau 1	Cognitieve therapie is superieur aan antidepressiva wanneer er sprake is van paniekstoornis zonder agorafobie. Bij een agorafobie blijken antidepressiva effectiever. Alprazolam is minder effectief gebleken dan cognitieve therapie.
-----------------	--

A2 Black et al ⁴⁶ ; A2 Bakker et al ²² ; A2 Clark et al ⁶⁹ ; A2 Klosko et al ¹⁹¹
--

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie: effectiviteit

Niveau 1	<p>Het combineren van imipramine of fluvoxamine met exposure in vivo bij paniekstoornis met agorafobie geeft een beter effect vergeleken met een behandeling met deze medicatie alleen of exposure in vivo alleen. Het combineren van een antidepressivum met cognitieve gedragstherapie is niet superieur wanneer de patiënt niet of licht agorafobisch is. Ook heeft het combineren geen toegevoegde waarde wanneer de combinatiebehandeling voornamelijk gericht is op de bestrijding van de paniekaanvallen en niet op het terugdringen van het agorafobische vermijdingsgedrag.</p> <p>A2 Marks et al, 1983²¹⁸ ; A2 Mavissakalian et al, 1983²³⁴ ; A2 Telch et al, 1985³⁴² ; A2 Mavissakalian et al, 1986a²³² ; A2 de Beurs et al, 1995⁴⁴ ; A1 van Balkom et al, 1997³⁰ ; B Lelliott et al, 1987²⁰⁷ ; B Mavissakalian et al, 1986b²³³ ; B de Beurs et al, 1999⁴³ ; A1 Bakker et al, 1999²² ; A1 Barlow et al, 2000³⁴ ; A1 Sharp et al, 1996³²⁰</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit antidepressiva en benzodiazepinen versus cognitieve gedragstherapie

Voor een eerste behandeling van paniekstoornis of paniekstoornis met agorafobie komen alleen antidepressiva of cognitieve gedragstherapie in aanmerking. Benzodiazepinen worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten. Aangezien het drop-outpercentage gedurende en terugvalpercentage na het staken van een behandeling met antidepressiva groter is dan met cognitieve gedragstherapie, en indien de voorkeur van patiënten uitgaat naar een niet-medicamenteuze behandeling, lijkt het zinvol om eerst te starten met een behandeling met cognitieve gedragstherapie. Dit geldt vooral voor niet agorafobische patiënten met kort bestaande klachten in de eerste lijn. Patiënten met een agorafobie, een comorbide depressieve stoornis en een lange ziektegeschiedenis kunnen beter ingesteld worden op een antidepressivum (zie ook onder combinatie).

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie: effectiviteit

Een vertaling van de resultaten van combinatiestudies bij paniekstoornis met agorafobie naar de klinische praktijk is niet altijd mogelijk in verband met het selecteren van patiëntpopulaties zonder veel comorbiditeit. Deze beperking in acht nemend, kunnen we concluderen dat het grootste deel van het huidige onderzoek bij paniekstoornis met agorafobie wijst op een superieur effect van de combinatie van een farmacotherapeutische paniekremmer met exposure in vivo. Het combineren van een farmacologische en psychologische paniekbehandeling geeft geen voordeel boven de afzonderlijke elementen. Dit geldt in ieder geval voor de korte termijn (tot een half jaar). Voor de langere termijn geldt, dat behaalde resultaten behouden blijven, en dat voortgezette behandeling het effect van gedragstherapie alleen verder kan vergroten, zodat het verschil met de combinatiebehandeling verdwijnt. Voor de klinische praktijk betekent dit dat patiënten met paniekstoornis met agorafobie het snelst en meest effectief geholpen zijn met de combinatie van antidepressiva en exposure in vivo. Voor patiënten die tevens depressief zijn, lijkt deze behandeling zelfs een goede eerste keuze.

Wanneer de voorkeur van de patiënt ligt bij een niet-medicamenteuze behandeling, kan worden begonnen met een cognitieve gedragstherapie. Dit geldt in ieder geval voor patiënten met paniekstoornis zonder of met weinig agorafobie. Wanneer na 12 weken nog geen klinisch relevante resultaten zijn bereikt, wordt de patiënt alsnog ingesteld op een antidepressivum.

Beslisboom behandeling paniekstoornis 1

Richtlijntekst:

Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse bijeenkomsten.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Een behandeling met een MAO-remmer dient alleen door een psychiater uitgevoerd te worden.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

Algemeen: stap 1

- Indien sprake is van een paniekstoornis met (matig) ernstige agorafobie: volg beslisboom Paniekstoornis II.

Algemeen: stap 2

- Bij een paniekstoornis met geen of slechts milde agorafobie en zonder comorbide ernstige depressie is er geen duidelijke voorkeur voor psychologische interventies of farmacotherapie. In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor bepaalde therapie, kosten, etc.

Psychologische behandeling: stap 1

- Effectief gebleken psychologische behandelingen staan bekend als 'paniek-management'. Van drie soorten paniekmanagement is de effectiviteit aangetoond: 'cognitieve therapie', 'paniek controle training' en 'applied relaxation'. Naast verschillen vertonen ze ook veel overeenkomsten, zodat ze in combinatie kunnen worden toegepast. Er is een lichte voorkeur voor cognitieve therapie en 'paniek controle training'. Geadviseerd wordt om in ieder geval 8 weken te behandelen. Bij geen respons moet behandeling met medicatie worden overwogen. Bij een gedeeltelijke respons kan tot maximaal 16 weken worden doorbehandeld met paniekmanagement. Daarna moet zonedig opnieuw medicamenteuze behandeling worden overwogen.

Farmacotherapie: stap 1

- Eerste keuze is een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. De keuze wordt bepaald door bijwerkingenprofiel, halfwaardetijd, eerdere ervaringen, etc. Het behandelresultaat kan

na zes weken adequate dosering beoordeeld worden. Bij duidelijke angsttoename in de beginfase is kortdurend bijgeven van een benzodiazepine op zo nodig basis een mogelijkheid. Bij enig maar onvoldoende resultaat kan overwogen worden na zes weken de dosering te verhogen.

Farmacotherapie: stap 2

- Bij geen verbetering of onacceptabele bijwerkingen: instellen op een ander SSRI, effect opnieuw te beoordelen na adequate duur en dosering. N.B.: het overstappen van medicatie 1 naar medicatie 2 kan in het algemeen direct gebeuren, wel dient rekening gehouden te worden met de halfwaardetijd van het eerste middel (cave overstimulatie van het serotonerge systeem).

Farmacotherapie: stap 3

- Bij onvoldoende resultaat of intolerabele bijwerkingen is de volgende stap clomipramine. Effectiviteit eveneens te beoordelen na adequate duur en dosering.

Farmacotherapie: stap 4

- Bij ineffectiviteit of intolerabele bijwerkingen is de volgende stap behandeling met een benzodiazepine. Het effect is na 6 weken adequate dosering te beoordelen. Gezien de bijwerkingen en risico's op verslaving bij langer durend gebruik dient echter voor instellen op een benzodiazepine altijd eerst psychologische therapie toegepast te worden indien dit nog niet eerder gedaan is.

Farmacotherapie: stap 5

- Instellen op een MAO-remmer. Behandeling met een MAO-remmer dient door een psychiater te gebeuren. Het effect is na 6 weken adequate dosering te beoordelen.

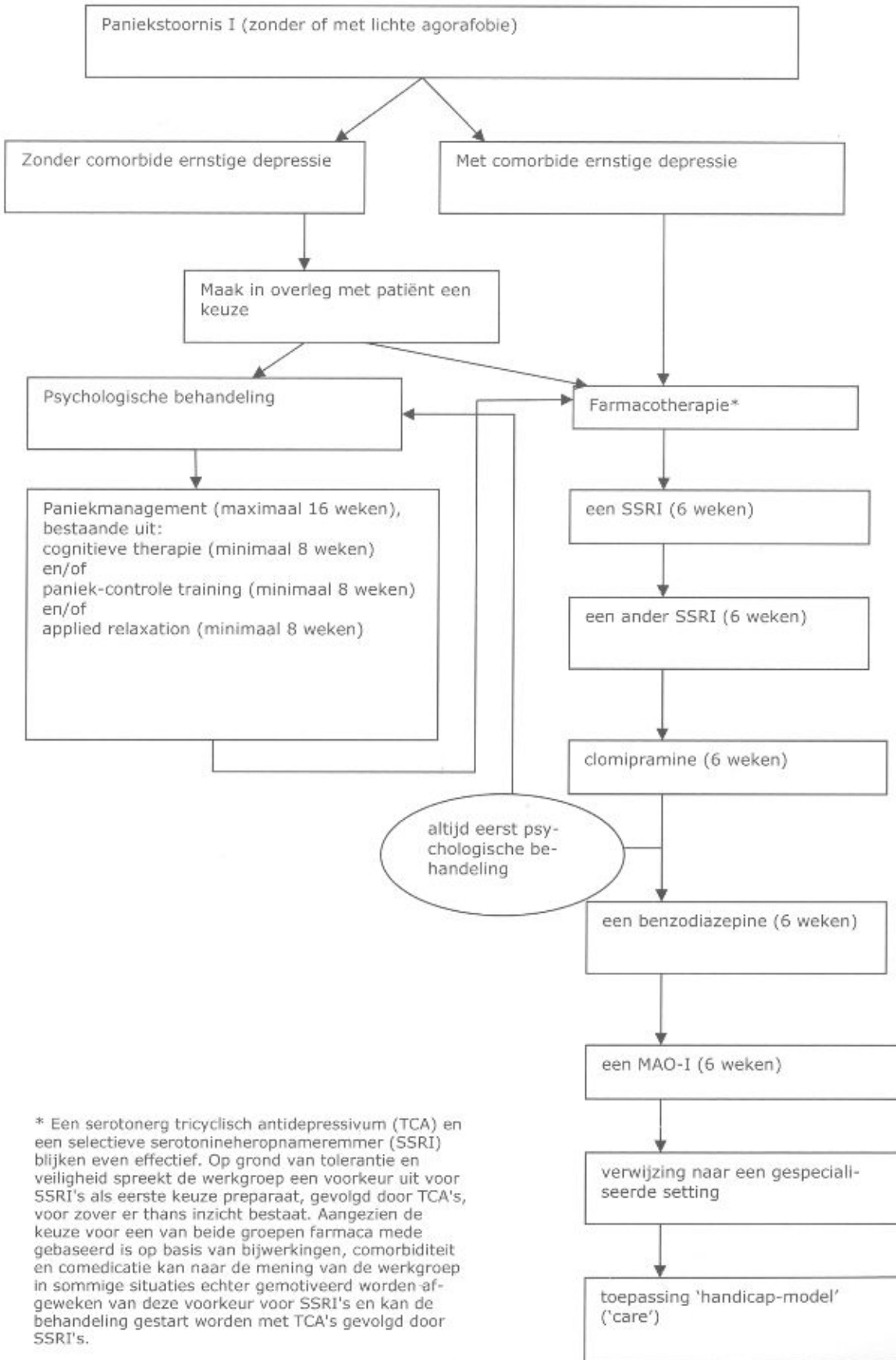
Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicap model. Dat wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

4.4.1 Beslisboom paniekstoornis I



Beslisboom behandeling paniekstoornis 2

Richtlijntekst:

Met ernstige of matig ernstige agorafobie

Algemene opmerkingen

- Bij de combinatiebehandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

Combinatietherapie stap 1:

- De eerste stap is een SSRI in te stellen op een adequate dosis. Na zes weken wordt hieraan exposure toegevoegd, gedurende minimaal 8 weken. De exposure wordt niet direct tegelijk met de medicatie gestart omdat de paniekaanvallen dan nog zo heftig kunnen zijn dat deze de patiënt zullen belemmeren in het uitvoeren van de exposure oefeningen. Indien enig effect, maar nog onvoldoende kan overwogen worden de dosering van de SSRI te verhogen.

Combinatietherapie stap 2:

- Bij onvoldoende resultaat of onacceptabele bijwerkingen van de medicatie wordt de patiënt ingesteld op een ander SSRI, eveneens in adequate dosering gedurende zes weken, gecombineerd met minimaal 8 weken exposure.

Combinatietherapie stap 3:

- Bij geen resultaat of intolerabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in clomipramine in adequate duur en dosering gedurende zes weken, gecombineerd met minimaal 8 weken exposure.

Combinatietherapie stap 4:

- Bij geen resultaat wordt psychologische paniekmanagement, bestaande uit cognitieve therapie en/of paniek controle training en/of applied relaxation, gedurende 8-16 weken toegevoegd.

Combinatietherapie stap 5:

- Bij geen resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in een benzodiazepine gecombineerd met exposure. Risico's van chronisch benzodiazepine gebruik zoals bijwerkingen en risico op verslaving dienen overwogen te worden en besproken met de patiënt. Effectiviteit is te beoordelen na 6 weken adequate dosering.

Combinatietherapie stap 6:

- Bij geen resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in een MAO-remmer, eventueel gecombineerd met exposure. Effectiviteit is te beoordelen na 6 weken adequate dosering. Behandeling met een MAO-remmer dient door een psychiater te gebeuren.

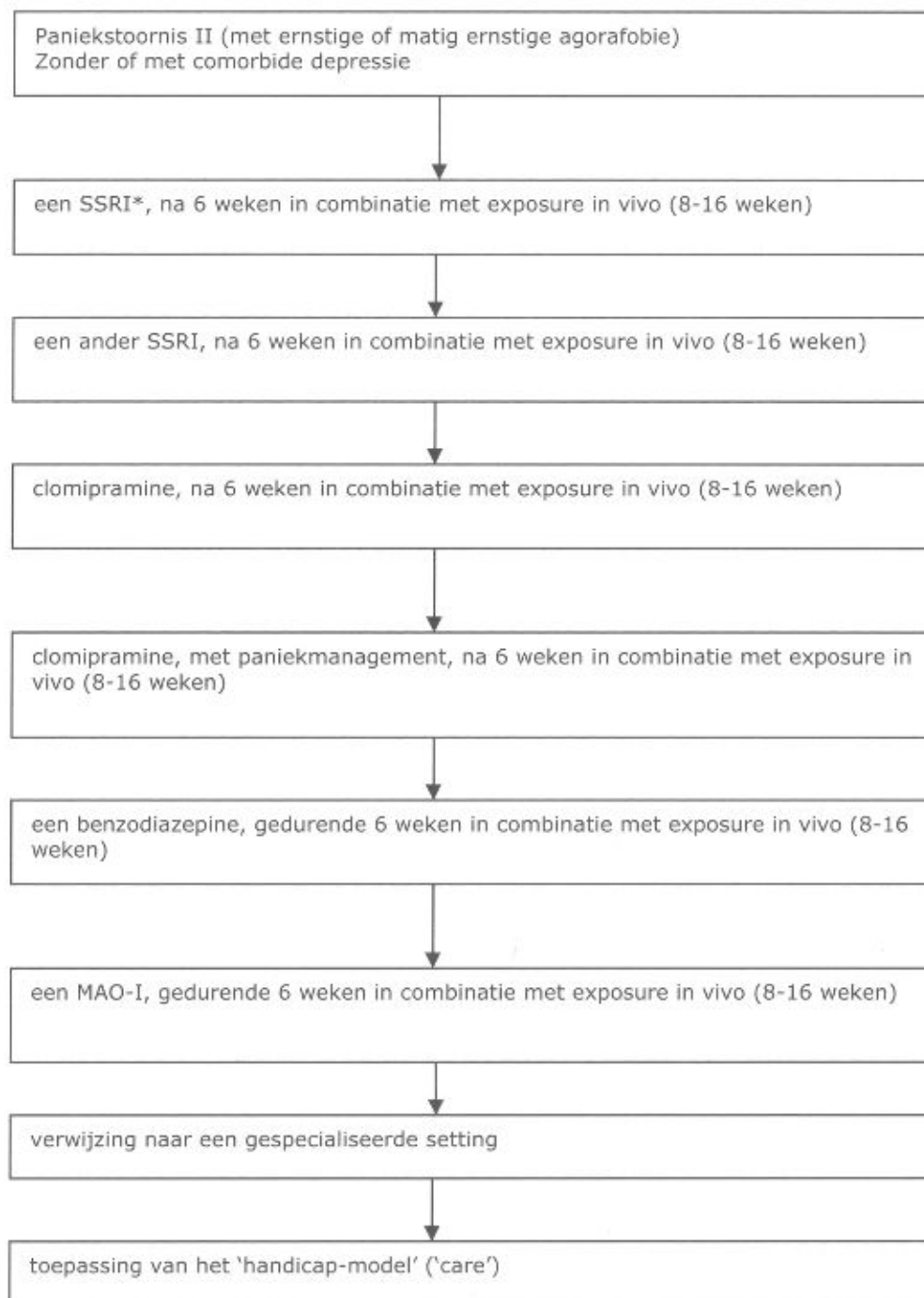
Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicap model. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

4.5.1 *Beslisboom paniekstoornis II*



* Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

Sociale angststoornis

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies, (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies; en (c) vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies of de effectiviteit van de combinatie van beide interventies bij de sociale angststoornis. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording voor literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: social phobia, social anxiety disorder, meta-analysis, farmacotherapie, antidepressants, dose, SSRI, MAOI, TCA, benzodiazepine.

In eerste instantie en zoveel mogelijk werd gebruik gemaakt van meta-analyses. Indien deze niet beschikbaar waren werd per psychofarmakon steeds een kwalitatief goede (beoordeeld op kwaliteit van opzet en uitvoering van het onderzoek, voldoende duur van behandeling, geen tegenstrijdige uitkomsten) en recente Randomized Controlled Trial (RCT) geselecteerd.

Inleiding

De effectiviteit bij de behandeling van de sociale angststoornis (SAS) is in dubbelblind placebogecontroleerde onderzoek vastgesteld voor de volgende geneesmiddelengroepen:

- selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's)
- mono-amine-oxidaseremmers (MAOI's)
- benzodiazepinen
- bètablokkers

De onderzoeken zijn in het algemeen uitgevoerd bij patiënten met een gegeneraliseerde vorm van SAS. Over de effectiviteit van bètablokkers dient opgemerkt te worden dat deze aangetoond effectief zijn bij het specifieke subtype SAS zoals bijvoorbeeld podiumangst of spreekangst, en aangetoond niet effectief zijn bij het gegeneraliseerde subtype.

Nieuwe antidepressiva, zoals mirtazapine, nefazodon en venlafaxine, zijn nog onvoldoende onderzocht en worden daarom niet besproken. Hetzelfde geldt voor de tricyclische antidepressiva. Buspiron is niet effectief gebleken bij zowel het gegeneraliseerde als het specifieke subtype SAS. Er is een positieve placebogecontroleerde studie met gabapentine gepubliceerd. Dit middel is in Nederland sedert 2000 op de markt als anti-epilepticum, maar niet geregistreerd voor SAS.

De selectieve en reversibele MAO-A-I moclobemide is aanvankelijk geïntroduceerd als farmakon voor sociale fobie. Inmiddels zijn er meer negatieve dan positieve effectstudies gepubliceerd, reden waarom moclobemide niet in deze richtlijn is opgenomen.

SSRI's

Aanbevelingen:

Effectiviteit

SSRI's zijn in de farmacotherapie van SAS effectieve middelen die in het algemeen goed verdragen worden en daarom eerste keuze zijn bij de farmacotherapie van SAS. In verband met de bijwerkingen wordt uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling geadviseerd.

Dosering

De SSRI's worden langzaam ingeslopen om bijwerkingen te beperken. Getracht wordt om patiënt in twee weken op een streefdosis in te stellen. Na twaalf weken kan het effect geëvalueerd worden.

Lange termijn

Nadat SSRI's na twaalf weken effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gecontinueerd en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit verminderen gaat langzaam, in stappen van drie maanden, waarbij een terugval goed geëvalueerd wordt. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen welke onderscheiden dienen te worden van recidief van de SAS.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

De drie SSRI's fluvoxamine, paroxetine en sertraline zijn voor de behandeling van de SAS effectiever bevonden dan placebo (2-8). Van deze middelen is paroxetine het meest uitgebreid onderzocht. Zowel de specifiek sociaal fobische angst alsook het vermijdingsgedrag vermindert op behandeling. Met een behandeling verbetert in deze studies 43-70% van de patiënten klinisch relevant. Het effect is te evalueren na 12 weken behandeling; wat langer is dan bijvoorbeeld bij een paniekstoornis. SSRI's worden over het algemeen goed verdragen en zijn veilig in het gebruik. Frequente (tot 30%) voorbijgaande bijwerkingen zijn: misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid of slaperigheid, soms lichte angsttoename. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosisafhankelijk en verdwijnen volledig na staken van de middelen. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn.

Er is tot op heden één meta-analyse verricht (²¹²), er zijn geen directe vergelijkende studies tussen de SSRI's voorhanden.

Dosering

Er is slechts één studie verricht met paroxetine waarbij naar de dosis-effectrelatie gekeken is (³⁷⁴). Er bleek geen verschil in effectiviteit tussen 20, 40 en 60 mg. In de verschillende eerdergenoemde studies worden lagere en hogere dosering gebruikt zonder dat melding gemaakt wordt van een dosis-effect relatie. Klinische ervaring leert dat dosering zoals gebruikt bij paniekstoornis en depressie in het algemeen adequaat is.

Lange termijn

De effectiviteit van zowel fluvoxamine als sertraline is op de middellange termijn onderzocht, 24 en 44 weken (1, 2, 3). In deze studies wordt de oorspronkelijke dosering aangehouden. Niet onderzocht is of een lagere dosering ook effectief blijft. In twee studies is op dubbelblinde wijze onderzocht wat het effect is van staken van de medicatie (4, 5). Na staken van de medicatie blijkt een hoger terugvalpercentage (tot 63%) binnen enkele weken.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>De SSRI's zijn veilig en effectief bij de behandeling van SAS. In het algemeen worden zij goed getolereerd, desondanks valt door bijwerkingen tot 25% van de behandelde patiënten voortijdig uit. De effectiviteit van de diverse SSRI's verschilt klinisch weinig.</p> <p>A1 Van der Linden, 2000²¹²; A2 Stein, 1999³³³; A2 Van Vliet, 1994³⁶²; A2 Baldwin, 1999²⁶; A2 Allgulander, 1999⁶; A2 Stein,</p>
-----------------	---

1999 ³³⁶ ; A2 Van Ameringen, 2001 ⁷ ; A2 Blomhoff 2001 ⁴⁷
--

Dosering

Niveau 1	Effectieve doseringen voor de SSRI's zijn: fluvoxamine 150-300 mg, paroxetine 20-50 mg, sertraline 50-200 mg per dag. A2 Westenberg, 1999 ³⁷⁴ ; A2 Stein, 1999 ³³³ ³³⁶ ; A2 Blomhoff, 2001 ⁴⁷ ; A2 Van Ameringen, 2001 ⁷
-----------------	--

Lange termijn

Niveau 1	De SSRI's fluvoxamine en sertraline en paroxetine blijven effectief op lange termijn. Na staken is er een hoog terugvalpercentage. A2 Blomhoff, 2001 ⁴⁷ ; A2 Walker, 2000 ³⁶⁶ ; C Van Vliet, 1994 ³⁶² ; A2 Stein, 1996 ³³³
-----------------	---

Overige overwegingen:Effectiviteit

Aangenomen wordt dat alle SSRI's even effectief zijn, alhoewel er geen vergelijkende studies voorhanden zijn. In tegenstelling tot bij de paniekstoornis lijkt in de eerste weken van de behandeling met SSRI's geen of slechts een lichte toename van angst en paniek te ontstaan. Bijwerkingen kunnen leiden tot therapie-ontrouw of vroegtijdig staken van de medicatie. Goede voorlichting vooraf en langzame opbouw van de medicatie kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Dosering

Bij de SSRI's is één dosis-effect studie verricht waarbij geen verschil gevonden werd. Effectieve doseringen worden afgeleid uit placebogecontroleerd onderzoek en klinische ervaring. Gestart dient worden met de laagste dosering. In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen te verminderen. Het lukt meestal om de patiënt in twee weken op een streefdosering in te stellen. Bij veel bijwerkingen kan zondig langzamer opgebouwd worden. De effectiviteit wordt na twaalf weken geëvalueerd. Dat is na langere tijd dan bij bijvoorbeeld een paniekstoornis; de onderbouwing ervoor berust op expert ervaringen. Wanneer het middel goed wordt verdragen maar onvoldoende effectief is wordt de dosering verhoogd tot de maximale dosering ontleend aan de klinische praktijk.

De start-, streef-, en maximale doseringen per dag voor de SSRI's zijn bij SAS:

Fluvoxamine	50 mg	150 mg	300 mg
Paroxetine	10-20 mg	20-40 mg	50 mg
Sertraline	50 mg	150 mg	200 mg

Lange termijn

In de klinische praktijk blijken alle SSRI's bij langdurig gebruik effectief. Uit klinische praktijk blijkt dat soms overwogen kan worden de dosering na een jaar geleidelijk te verminderen. Ook blijkt hier dat soms patiënten op de langere termijn met een lagere dagdosering uit kunnen komen. Dit wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van de SSRI's stapsgewijs te verlagen en het effect van deze verlaging na twaalf weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënten in remissie zijn gebleven na deze verlaging kan de dagdosering opnieuw stapsgewijs verlaagd worden. Bij een deel van de patiënten blijkt een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk. Bij afbouwen van een SSRI kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, die kunnen lijken op de symptomen van de SAS, zoals angst, gespannenheid, duizeligheid, tremoren, maar ook paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastrointestinale verschijnselen. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van een recidief van de SAS. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zondig de afbouw vertragen. Bij recidiveren van de SAS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de SAS waren en langer doorbehandelen.

MAOI's

Aanbevelingen:

Effectiviteit, dosering, langere termijn

De MAOI fenelzine is effectief bij de SAS. Aangezien fenelzine in vergelijking met de SSRI's minder goed verdragen wordt, en minder veilig is, wordt eerst behandeld met een middel uit de groep van de SSRI's. In ieder geval moet een patiënt ook behandeld zijn met cognitieve gedragstherapie. Bij gebleken effectiviteit dient de fenelzine langdurig te worden voorgeschreven. Wanneer men uiteindelijk in de fase van een MAOI beland is, is een zeer langdurige onderhoudsbehandeling te overwegen

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit, dosering, langere termijn

De MAOI fenelzine is vier maal dubbelblind onderzocht bij SAS en effectiever gebleken dan placebo (1-4). Daarnaast is fenelzine op dubbelblinde wijze vergeleken met alprazolam en de bètablokker atenolol (1, 2). Fenelzine bleek aan beide middelen superieur. Wel bleek dat fenelzine even effectief was als atenolol bij patiënten met het specifieke subtype SAS (2).

De meest gebruikte dosering is 45-60 mg. Mogelijk heeft een deel van de patiënten een hogere dagdosering nodig. Het effect kan na 10-12 weken beoordeeld worden. Er zijn geen dosis-effect studies verricht. In het algemeen wordt aangeraden te starten met 10 mg en geleidelijk in de loop van enkele weken op te bouwen. De snelheid van opbouw is afhankelijk van de bijwerkingen. Onder invloed van fenelzine verbeteren sociale angst alsook sociaal vermijdingsgedrag, evenals depressieve klachten en diffuse angstklachten. Frequent gerapporteerde bijwerkingen zijn: hypotensie, slapeloosheid, droge mond. Ook worden seksuele functiestoornissen gemeld. De bijwerkingen leiden vaak tot vroegtijdige uitval. Een belangrijk nadeel van de MAOI's is de mogelijke interactie met tyramine in het voedsel welke levensbedreigend kan zijn. Hierom dienen patiënten een strikt tyramine-arm dieet te houden. Vanwege de genoemde interactie met tyramine en de bijwerkingen is de MAOI fenelzine geen middel van eerste keuze.

Over de lange termijn effectiviteit zijn geen wetenschappelijke gegevens bekend.

Conclusies:

Effectiviteit, dosering, langere termijn

Niveau 1	<p>De MAOI fenelzine is effectief bij de behandeling van SAS. Dosering 45-60 mg per dag. Fenelzine is minder veilig dan de SSRI's en wordt minder goed getolereerd. Bij gebruik van fenelzine is het houden van een tyramine-arm dieet noodzakelijk. Gegevens over het effect op langere termijn ontbreken.</p> <p>A2 Gelernter, 1991¹⁴¹ ; A2 Liebowitz, 1992²¹⁰ ; A2 Versiani, 1992³⁵⁷ ; A2 Heimberg, 1990¹⁶⁰</p>
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit, dosering, langere termijn

In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen te verminderen. Bij zorgvuldige begeleiding kan het uitvalpercentage sterk verminderd worden. Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moet worden voorgeschreven conform de SSRI's. Opgemerkt dient nog te worden dat MAOI's alleen op artsenverklaring kunnen worden voorgeschreven. De mening van de Werkgroep is dat dit een psychiater dient te zijn.

Benzodiazepinen

Aanbevelingen:

Effectiviteit

De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn in de farmacotherapie van de gegeneraliseerde SAS effectief gebleken. De effectiviteit bij het specifieke subtype is onduidelijk of niet aanwezig. Vanwege de bijwerkingen en afhankelijkheid van deze middelen zijn ze geen eerste keuze en dienen ze na de SSRI's te worden gegeven. De patiënt dient over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid geïnformeerd te worden door de arts. Het lijkt zinnig voordat benzodiazepinen worden gegeven eerst cognitieve gedragstherapie te proberen.

Dosering

Het benzodiazepine wordt gestart met een lage dosering. Zonodig wordt verder verhoogd tot de streefdosering.

Lange termijn

Clonazepam blijkt effectief op lange termijn. Zo mogelijk kan de dagdosering worden verlaagd. Bij afbouw van het benzodiazepine na langdurig gebruik is er kans op terugval. Benzodiazepinen dienen langzaam afgebouwd te worden na langdurig gebruik in verband met onthoudingsverschijnselen

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn effectief bevonden in placebogecontroleerd onderzoek (1-3). Tot 80% van de patiënten verbetert duidelijk op een behandeling met een benzodiazepine. In het algemeen is al snel een verbetering merkbaar (de enige studie met bromazepam is hierop een uitzondering). Met name de sociale angst vermindert.

De effectiviteit van benzodiazepinen is met name aangetoond bij het gegeneraliseerde subtype sociale fobie. In een dubbelblinde placebogecontroleerde studie waarbij diazepam 2 mg en een bètablokker werden vergeleken bij een groep patiënten met een specifiek subtype sociale fobie, namelijk podiumangst was er geen verbetering op diazepam, eerder een lichte verslechtering van de performance.

Benzodiazepinen worden bij patiënten met SAS over het algemeen redelijk tot goed verdragen. Ze zijn veilig in het gebruik. De meest voorkomende bijwerkingen zijn: duizeligheid, sufheid, vergeetachtigheid en slechter concentreren (1). Bij langer gebruik geven benzodiazepinen afhankelijkheid (zowel psychisch als lichamelijk), reactietijdvertraging, cognitieve stoornissen, zoals anterograde amnesie, en bij ouderen een toegenomen valneiging. Er is geen dubbelblind onderzoek verricht waarbij de verschillende benzodiazepinen met elkaar vergeleken zijn.

In een studie (¹⁴¹) werd alprazolam vergeleken met fenelzine. Hierin was de effectiviteit van fenelzine superieur. Er is geen vergelijkend onderzoek verricht wat betreft benzodiazepinen versus SSRI's.

Dosering

Er zijn geen dosis-effect studies verricht bij de benzodiazepinen. Uit het onderzoek blijkt in het algemeen dat benzodiazepinen hoog moeten worden gedoseerd om effectief te kunnen zijn bij de sociale angststoornis.

Lange termijn

Er is één gecontroleerd lange-termijn onderzoek verricht. In een 2 jaar retrospectieve studie van een placebogecontroleerde studie met clonazepam (2) blijkt dat na twee jaar follow-up bij 56% van de originele subjecten het positieve effect van clonazepam zich verder voortgezet heeft (1). In een open lange-termijn studie van ongeveer een jaar bleek 85% van de patiënten behandeld met clonazepam een duidelijk verbetering te tonen. De gemiddelde dosering over het jaar kon worden verminderd met behoud van het initiële effect (2). Wanneer na langdurige behandeling het benzodiazepine gestaakt wordt is er kans op terugval van de klachten. Dit is op dubbelblinde wijze aangetoond voor clonazepam (3).

Conclusies:Effectiviteit

Niveau 1	De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn effectief bij de behandeling van de gegeneraliseerde vorm van SAS. Het verschil in effectiviteit is niet onderzocht. Vergeleken met de MAOI fenelzine blijkt de laatste superieur. Er is geen vergelijkend onderzoek gedaan met SSRI's. Nadelen van de benzodiazepinen zijn de bijwerkingen, zoals sedatie en verminderd cognitief functioneren alsook afhankelijkheid op de langere termijn. A2 Davidson, 1993 ⁹⁸ ; A2 Gelernter, 1991 ¹⁴¹ ; A2 Versiani, 1997 ³⁵⁶ ; A2 Gossard, 1984
-----------------	---

Dosering

Niveau 4	Er zijn geen dosis-effect studies bij de benzodiazepinen voor deze indicatie verricht.
-----------------	--

Lange termijn

Niveau 3	Clonazepam blijft effectief op lange termijn. De dagdosering kan worden verlaagd. C Sutherland, 1996 ³⁴⁰ ; C Davidson, 1991 ⁹⁷ ; A2 Connor, 1998 ⁷⁶
-----------------	---

Overige overwegingen:Dosering

In de klinische praktijk blijkt dat benzodiazepinen moeten worden ingeslopen om bijwerkingen te verminderen. In het algemeen zijn benzodiazepinen direct effectief, maar mogelijke uitzonderingen hierop zou blijken uit een studie met bromazepam (3). De aanbevolen doseringen zijn afgeleid uit aanwezig placebocontroleerd onderzoek en klinische ervaring. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de aanbevolen dagdoseringen al effectief zijn. Zonodig kan de dosering verder verhoogd worden.

De start- en streefdoseringen per dag voor de benzodiazepinen zijn:

Benzodiazepine	Startdosering	Streefdosering
Alprazolam	1 mg	2-3 mg
Bromazepam	5-10 mg	20 mg
Clonazepam	0,5 mg	1-3 mg

Lange termijn

Bekend is dat bij acuut stoppen van een benzodiazepine na langdurig gebruik onthoudingsverschijnselen kunnen optreden. Een langzame afbouw is dan ook geïndiceerd.

Bètablokkers**Aanbevelingen:**Effectiviteit en dosering

Bètablokkers propranolol en atenolol zijn effectief gebleken bij de farmacotherapie van het specifieke subtype SAS en niet bij het gegeneraliseerde subtype. Een eenmalige dosis in te nemen een half uur tot een uur voor de situatie, zoals propranolol 10-25 mg of atenolol 10-50 mg. Gezien de bijwerkingen, verlaging van de

hartslag en de bloeddruk, dient het niet gebruikt te worden bij mensen die zware lichamelijke inspanning leveren

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit en dosering

Bètablokkers zijn bewezen niet effectief in gegeneraliseerde SAS zoals aangetoond in twee placebogecontroleerde studies met atenolol versus placebo (1,2). Bij mensen met een specifieke SAS daarentegen blijken bètablokkers wel effectief. In een review over 11 placebogecontroleerde studies naar de effectiviteit van bètablokkers bij performance anxiety bleken acht studies een superieur effect van de bètablokker versus placebo te vinden (3).

Het effect van de bètablokkers richt zich met name op onderdrukken van angstgerelateerde lichamelijke verschijnselen zoals de hartkloppingen, het blozen en trillen. Ook de sociale angst die hieraan gerelateerd is vermindert na inname van een bètablokker. Er blijkt geen duidelijk verschil te bestaan in anxiolytisch effect tussen bètablokkers die de bloed-hersen barrière wel passeren (lipofiele) en die dat niet doen (de meer hydrofiele).

De geadviseerde doseringen zijn op basis van onderzoek en uit klinische ervaring:

- Propanolol 10-25 mg
- Atenolol 10-50 mg

Het effect treedt in het algemeen snel (binnen een half uur) op. Een eenmalig toediening is in het algemeen voldoende.

Een nadeel van bètablokkers zijn de cardiovasculaire effecten, zoals verlaging van de hartslag en de bloeddruk. Bij mensen die intensief sporten of veel lichamelijke inspanning leveren dienen bètablokkers dan ook niet gebruikt te worden.

Conclusies:

Effectiviteit en dosering

Niveau 1	De bètablokkers propanolol en atenolol zijn niet effectief bij de behandeling van het gegeneraliseerde subtype SAS, maar wel bij het specifieke subtype. A2 Liebowitz, 1985 ²⁰⁹ ; A2 Liebowitz, 1992 ²¹⁰ ; A2 Turner, 1994 ³⁵¹
-----------------	--

Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie

Richtlijntekst:

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit geen duidelijke voorkeur te bestaan voor een van de groepen farmaca alhoewel vergelijkend onderzoek beperkt of niet aanwezig is. Op grond van tolerabiliteit kan een voorkeur aangegeven worden. De SSRI's zijn eerstekeuzepreparaten, de benzodiazepinen en MAO-remmers dienen gereserveerd te worden voor therapie-resistente patiënten. Voor het specifieke subtype SAS is de eerste keuze een bètablokker en de tweede een benzodiazepine (i.v.m. bijwerkingen).

De werkgroep adviseert dan ook de volgende stappenvolgorde:

Specifieke subtypes sociale angststoornis

- Stap 1: een bètablokker (incidenteel)
- Stap 2: een benzodiazepine (incidenteel)
- Stap 3: een SSRI

Gegeneraliseerde sociale angststoornis

- Stap 1: een SSRI
- Stap 2: een andere SSRI
- Stap 3: een benzodiazepine of MAOI
- Stap 4: een MAOI of benzodiazepine

Psychologische interventies sociale fobie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor de literatuur is gezocht in: National Library of Medicine (Medline) en Psychological Abstracts (Psychinfo). Er is gezocht met de steekwoorden: social phobia, social anxiety, psychotherapy, cognitive behaviour therapy, review, meta-analysis en RCT. Waar nodig is gebruik gemaakt van aanvullende niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

Er is uitgebreid onderzoek verricht naar de psychologische en psychotherapeutische behandeling van sociale fobie. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de behandeling van gegeneraliseerde sociale fobie en specifieke sociale fobie. De meerderheid van de studies gaat over de behandeling van gegeneraliseerde sociale fobie. Er zijn verschillende reviews verschenen en drie meta-analyses over de behandeling van sociale fobie ([130](#) [150](#) [341](#)). De meta-analyses laten zien dat met name cognitief gedragstherapeutische interventies effectief zijn bij de behandeling van sociale fobie. De meest effectieve behandelingen daarbinnen zijn: sociale vaardigheidstraining, exposure in vivo en cognitieve herstructurering. Over welke van deze behandelingen het meest effectief is, lopen de conclusies van de drie meta-analyses uiteen. Deze verschillen kunnen gedeeltelijk verklaard worden door het gebruik van andere uitkomstmaten bij de verschillende studies. Zo scoren sociaal fobische patiënten systematisch lager op zelf beoordelings schalen in vergelijking met een onafhankelijk beoordelaar ([127](#) [295](#)).

Op alle drie wordt hieronder ingegaan. De laatste jaren worden bovendien hoopvolle resultaten geboekt met een nieuwe behandeling: taak concentratie training. Over deze methode, waarover nog geen meta-analyses en overviews bestaan, zal aan het eind worden gerapporteerd.

Sociale vaardigheidstraining

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Sociale vaardigheidstraining kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale fobie. In eerste instantie zal dit gedaan worden bij patiënten waarbij duidelijk sprake is van vaardigheids tekorten. Echter, ook bij patiënten zonder duidelijke vaardigheidstekorten kan een sociale vaardigheidstraining de sociale fobie reduceren.

Wijze en duur van toepassing

Sociale vaardigheidstraining kan het beste in een groepsformat worden aangeboden.

Duurzaamheid

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hun worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Verschillende gecontroleerde studies hebben laten zien dat sociale vaardigheidstraining een effectieve behandeling is voor sociale fobie (^{247 88}). Hoewel niet alle sociaal fobische patiënten lijden aan een vaardigheidstekort blijkt wel dat na een sociale vaardigheidstraining ook bij zulke patiënten de angst in sociale situaties sterk vermindert. In de meta-analyses kwam sociale vaardigheidstraining eveneens als een effectieve behandeling naar voren, al stelde Feske vast dat exposure in vivo en cognitieve herstructurering effectiever waren dan sociale vaardigheidstraining (¹³⁰), terwijl Taylor vond dat cognitieve herstructurering superieur was aan sociale vaardigheidstraining (³⁴¹) en Gould concludeerde dat exposure beter was dan sociale vaardigheidstraining (¹⁵⁰).

Wijze en duur van toepassing

In een sociale vaardigheidstraining is de aandacht gericht op gedragsmatige vaardigheids tekorten, waarmee een sociaal fobische patiënt in sociale situaties in de problemen komt en mogelijke negatieve reacties bij anderen veroorzaakt. Binnen een sociale vaardigheidstraining worden verschillende procedures gebruikt, zoals modellering, gedragsherhaling, rollenspelen, feedback en sociale bekrachtiging. Waarschijnlijk wordt het zelfvertrouwen binnen een vaardigheidstraining versterkt. Vaak worden ook exposure elementen en cognitieve herstructurering aan een sociale vaardigheidstraining toegevoegd. Er zijn geen studies bekend binnen 'pure sociale vaardigheidstrainingen' (dus zonder expliciete exposure en expliciete cognitieve herstructurering), waarin een directe vergelijking is gemaakt tussen individuele behandelingen en groepsbehandelingen. Algemeen geldt voor de behandeling van sociale fobie dat er geen verschil is tussen behandeling in groepen en behandeling in een individueel format (^{163 341 313 314}).

De duur van behandelingen verschilt in de diverse onderzoeken. Doorgaans duren zowel individuele als groepsbehandelingen tussen de zeven en vijftien bijeenkomsten. De duur van sessies bij een groepsbehandeling is doorgaans zo'n 90 minuten.

Duurzaamheid

Er zijn geen specifieke studies bekend naar de lange termijn effecten van 'pure sociale vaardigheidstrainingen' voor sociale fobie. In verschillende follow up studies zijn de lange termijn effecten van cognitieve en gedragsmatige interventies in meer algemene zin bij de behandeling van sociale fobie onderzocht (^{315 316 247 162 350}). Over het geheel kan gezegd worden dat de vooruitgang tijdens de behandeling twee tot vijf jaar na die tijd behouden bleef. Het gaat hierbij wel om zogeheten naturalistische follow up studies, waarbij niet geheel duidelijk is hoeveel aanvullende behandeling de patiënten in de tussen tijd hebben ontvangen. Bij verschillende studies zijn de drop out percentages gerapporteerd. Uit meta analyses blijkt dat het drop out percentage gemiddeld 15% bedraagt (^{130 341}).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Sociale vaardigheidstraining is een effectieve behandeling bij sociale fobie.</p> <p>A1 Feske & Chambless, 1995¹³⁰ ; Gould, Buckminster, et al., 1997¹⁵⁰ ; Taylor, 1996³⁴¹</p> <p>A2 Mersch, Emmelkamp, et al., 1991²⁴⁷ ; Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000⁸⁸</p>
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	<p>Sociale vaardigheidstraining is een betrekkelijk kortdurende therapie vorm die zowel in een individueel als in een groepsformat kan worden gegeven.</p> <p>A1 Feske & Chambless, 1995¹³⁰ ; Gould, Buckminster, et al., 1997¹⁵⁰ ; Taylor, 1996³⁴¹</p> <p>A2 Mersch, Emmelkamp, et al., 1991²⁴⁷ ; Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000⁸⁸ ; Heimberg, 2002¹⁶³ ; Taylor, 1996³⁴¹ ;</p>
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 1	<p>De geboekte vooruitgang in een cognitief gedragstherapeutische behandeling in het algemeen (met inbegrip van sociale vaardigheidstraining) van sociale fobie blijft twee tot vijf jaar nadien behouden. Het percentage dropouts is gering.</p> <p>A1 Feske & Chambless, 1995¹³⁰ ; Taylor, 1996³⁴¹ A2 Turner, Beidel, et al., 1995³⁵⁰ ; Scholing & Emmelkamp, 1996a³¹⁵ ; Scholing & Emmelkamp, 1996³¹⁶ ; Mersch, Emmelkamp, et al., 1991²⁴⁷ ; Heimberg, Salzman, et al., 1993¹⁶²</p>
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Sociale vaardigheidstraining kan gemakkelijk worden uitgevoerd in zowel een individueel als in een groepsformat. De behandeling kan worden geprotocolleerd, zodat de toepassing betrekkelijk eenvoudig is.

Wijze en duur van toepassing

Hoewel sociale vaardigheidstraining zowel in groepsformat als in individueel format even effectief lijkt te zijn, verdient het groepsformat toch de voorkeur. Ten eerste biedt een groep meer mogelijkheden om te oefenen met allerlei vaardigheden. Ten tweede is een groep waarschijnlijk kosteneffectiever.

Duurzaamheid

Er zijn geen speciale onderzoeken gedaan naar terugval voorkomende maatregelen. 'Good clinical practice' suggereert dat duidelijke afspraken met patiënt en huisarts over de mogelijkheid om bij (dreigende) terugval snel te kunnen worden gezien voor een of enkele 'herhalingsgesprekken' zinvol kunnen zijn.

Exposure in vivo

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale fobie in het algemeen, zolang er geen redenen zijn om een behandeling te geven die specifiek is gericht op vaardigheidstekorten of disfunctionele cognities. Ook in die gevallen echter kan exposure in vivo de sociale fobie reduceren.

Wijze en duur van toepassing

Exposure in vivo kan, waar mogelijk, het beste worden aangeboden in een groepsformat.

Duurzaamheid

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hen worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Exposure in vivo is uitgebreid onderzocht bij de behandeling van sociale fobie en blijkt een zeer effectieve behandeling te zijn (^{313 314 248 171 228}). Bij exposure in vivo is de aandacht gericht op de geconditioneerde angst van de patiënt in sociale situaties. In de behandeling wordt de patiënt stapsgewijs blootgesteld aan angst oproepende sociale situaties. Door habituatie en extinctie zal de patiënt geleidelijk angstreductie ervaren, waarbij ook het gevoel van controle over de sociale situatie zal toenemen.

Wijze en duur van toepassing

In de meeste studies werd cognitieve herstructurering individueel gegeven. Er is ook een groepstherapie voor sociale fobie ontwikkeld die in verschillende studies is getoetst (¹⁶³). De cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling bevat elementen als exposure in vivo, sociale vaardigheidstraining en cognitieve herstructurering. Uit gecontroleerd onderzoek blijkt dat groepsbehandeling even effectief is als individuele behandeling (^{163 341 313 314}).

In zowel de groepsbehandelingen als in de individuele behandelingen gaat het doorgaans om therapieën die zeven tot vijftien zittingen in beslag nemen, waarbij groepszittingen doorgaans 90 minuten duren. Er zijn geen studies bekend waarin de effectiviteit werd vergeleken van 'pure' exposure in vivo (dus zonder cognitieve en vaardigheidselementen) in groepsverband met die in een individueel format.

Duurzaamheid

In verschillende follow up studies zijn de lange termijn effecten van exposure in vivo bij de behandeling van sociale fobie onderzocht (^{315 316 247 162 350}). Over het geheel kan gezegd worden dat de vooruitgang tijdens de behandeling twee tot vijf jaar na die tijd behouden bleef. Het gaat hierbij wel om zogeheten naturalistische follow up studies, waarbij niet geheel duidelijk is hoeveel aanvullende behandeling de patiënten in de tussentijd hebben ontvangen.

Bij verschillende studies zijn de drop out percentages gerapporteerd. Uit meta analyses blijkt dat het drop out percentage gemiddeld 15% bedraagt (^{130 341}).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Exposure in vivo is een effectieve behandeling bij sociale fobie. A1 Feske & Chambless, 1995 ¹³⁰ ; Gould, Buckminster, et al., 1997 ¹⁵⁰ ; Taylor, 1996 ³⁴¹ A2 Scholing & Emmelkamp, 1993 ^{313 314} ; Mersch, 1995 ²⁴⁸ ; Hofmann, Newman, et al., 1995 ¹⁷¹ ; Mattick & Peters, 1988 ²²⁸
-----------------	---

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	Cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling in het algemeen, waaronder cognitieve herstructurering, is even effectief als individuele cognitieve gedragstherapie. A1 Taylor, 1996 ³⁴¹ ; Heimberg, 2002 ¹⁶³ ; Scholing & Emmelkamp, 1993 ^{313 314}
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 1	De geboekte vooruitgang bij een op exposure gebaseerde behandeling van sociale fobie blijft twee tot vijf jaar nadien behouden. Het percentage dropouts is gering. A1 Feske & Chambless, 1995 ¹³⁰ ; Taylor, 1996 ³⁴¹ . A2 Turner, Beidel, et al., 1995 ³⁵⁰ ; Scholing & Emmelkamp,
-----------------	---

1996a³¹⁵ ; Scholing & Emmelkamp, 1996b³¹⁶ ; Mersch, Emmelkamp, et al., 1991²⁴⁷ ; Heimberg, Salzman, et al., 1993¹⁶² .

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo kan gemakkelijk worden uitgevoerd omdat de behandeling kan worden geprotocolleerd en de rationale betrekkelijk eenvoudig is.

Wijze en duur van toepassing

Dat het groepsformat cognitieve gedragstherapie naast exposure in vivo ook andere elementen bevat is geen reden om niet aan deze waarschijnlijk meer kosteneffectieve behandeling de voorkeur te geven boven individueel uitgevoerde exposure, zolang niet ook andere therapeutische overwegingen een andere keuze suggereren.

Duurzaamheid

Er zijn geen speciale onderzoeken gedaan naar terugval voorkomende maatregelen. 'Good clinical practice' suggereert dat duidelijke afspraken met patiënt en huisarts over de mogelijkheid om bij (dreigende) terugval snel te kunnen worden gezien voor een of enkele 'herhalingsgesprekken' zinvol kunnen zijn.

Cognitieve herstructurering

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Cognitieve herstructurering kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale fobie wanneer disfunctionele cognities een belangrijk kenmerk zijn van de klachten. Ook in gevallen echter waar dat minder duidelijk het geval is kan cognitieve herstructurering de sociale fobie reduceren.

Wijze en duur van toepassen

Cognitieve herstructurering kan, waar mogelijk, het beste worden aangeboden in een groepsformat.

Duurzaamheid

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hen worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Uit verschillende studies blijkt dat cognitieve herstructurering een effectieve behandelmethodede is voor sociale fobie (³¹³ ³¹⁴ ²⁹⁴ ⁷⁰).

Binnen een cognitieve behandeling worden negatieve en versturende cognities opgespoord met betrekking tot angstproeppende sociale situaties. In een zogenaamde 'Socratische dialoog' met de patiënt worden deze cognities uitgedaagd en geëvalueerd op hun feitelijkheid en accuratesse, en uiteindelijk worden meer rationele en functionele cognities geformuleerd. Deze alternatieve cognities worden weer getoetst in de sociale realiteit binnen zogeheten gedragsexperimenten.

Wijze en duur van toepassen

In de meeste studies werd exposure in vivo individueel gegeven. Er is ook een groeps-therapie voor sociale fobie ontwikkeld die in verschillende studies is getoetst (¹⁶³). De cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling bevat elementen als exposure in vivo en cognitieve herstructurering. Uit gecontroleerd onderzoek blijkt dat groepsbehandeling even effectief is als individuele behandeling (^{163 341 313 314}). In zowel de groepsbehandelingen als in de individuele behandelingen gaat het doorgaans om therapieën die zeven tot vijftien zittingen in beslag nemen, waarbij groepszittingen doorgaans 90 minuten duren. Er zijn geen studies bekend waarin de effectiviteit werd vergeleken van 'pure' cognitieve herstructurering (dus zonder exposure in vivo en vaardigheidselementen) in groepsverband met die in een individueel format.

Duurzaamheid

De duurzaamheid van de effecten van cognitieve herstructurering bij sociale fobie is vergelijkbaar met die van exposure in vivo. Dat betekent dat de vooruitgang tijdens de behandeling twee tot vijf jaar na die tijd behouden bleef. Het gaat hierbij wel om zogeheten naturalistische follow up studies, waarbij niet geheel duidelijk is hoeveel aanvullende behandeling de patiënten in de tussentijd hebben ontvangen. Bij verschillende studies zijn de drop out percentages gerapporteerd. Uit meta analyses blijkt dat het drop out percentage gemiddeld 15% bedraagt (^{130 341}).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Cognitieve herstructurering is een effectieve behandelmethodede voor sociale fobie.</p> <p>A1 Feske & Chambless, 1995¹³⁰; Gould, Buckminster, et al., 1997¹⁵⁰; Taylor, 1996³⁴¹</p> <p>A2 Scholing & Emmelkamp, 1993^{313 314}; Heimberg, 2002¹⁶³</p>
-----------------	---

Wijze en duur van toepassen

Niveau 1	<p>Cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling is even effectief als individuele cognitieve gedragstherapie.</p> <p>A1 Taylor, 1996³⁴¹; Heimberg, 2002¹⁶³; Scholing & Emmelkamp, 1993^{313 314}</p>
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 1	<p>De geboekte vooruitgang bij een op cognitieve herstructurering gebaseerde behandeling van sociale fobie blijft twee tot vijf jaar nadien behouden. Het percentage dropouts is gering.</p> <p>A1 Feske & Chambless, 1995¹³⁰; Taylor, 1996³⁴¹</p> <p>A2 Turner, Beidel, et al., 1995³⁵⁰; Scholing & Emmelkamp, 1996a³¹⁵; Scholing & Emmelkamp, 1996b³¹⁶; Mersch, Emmelkamp, et al., 1991²⁴⁷; Heimberg, Salzman, et al., 1993¹⁶²</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Cognitieve herstructurering is een aansprekende behandeling die zowel in groepsverband als binnen een individuele context kan worden gegeven. De methode kan ook goed worden gecombineerd met exposure in vivo en sociale vaardigheidstraining.

Wijze en duur van toepassen

Dat het groepsformat cognitieve gedragstherapie naast cognitieve herstructurering ook andere elementen bevat is geen reden om niet aan deze waarschijnlijk meer kosten-effectieve behandeling de voorkeur te geven boven individueel uitgevoerde cognitieve herstructurering, zolang niet ook andere therapeutische overwegingen een andere keuze suggereren.

Duurzaamheid

Er zijn geen speciale onderzoeken gedaan naar terugval voorkomende maatregelen. 'Good clinical practice' suggereert dat duidelijke afspraken met patiënt en huisarts over de mogelijkheid om bij (dreigende) terugval snel te kunnen worden gezien voor een of enkele 'herhalingsgesprekken' zinvol kunnen zijn.

Taakconcentratietraining

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Taakconcentratie training kan als aanvullende interventie worden toegepast naast exposure in vivo, cognitieve herstructurering en/of sociale vaardigheidstraining bij sterk op het eigen functioneren gerichte sociale fobieën als bloosangst, trilangst of zweetangst.

Wijze en duur van toepassen

Taakconcentratie training kan als aanvullende interventie worden toegepast als copingrespons naast exposure in vivo, cognitieve herstructurering en/of sociale vaardigheidstraining bij sterk op het eigen functioneren gerichte sociale fobieën als bloosangst, trilangst of zweetangst.

Duurzaamheid

Taakconcentratie training kan als aanvullende interventie worden toegepast als copingrespons naast exposure in vivo, cognitieve herstructurering en/of sociale vaardigheidstraining bij sterk op het eigen functioneren gerichte sociale fobieën als bloosangst, trilangst of zweetangst.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Er kan een groep sociaal fobici onderscheiden worden, die met sterke lichamelijke reacties reageren op angstproeppende sociale situaties. Dit zijn de sociaal fobici die blozen, trillen of zweten. De gebruikelijke cognitieve en gedragsmatige interventies bleken bij de groep patiënten effectief ([313](#) [314](#)). Voor de groep met angst voor blozen bleek ook taakconcentratie training een effectieve interventie ([370](#) [253](#)). Het doel van een taakconcentratie training is dat de patiënt oefent zijn aandacht naar buiten te richten op een taak in plaats van intern op lichamelijke sensaties en eigen reacties. De patiënt oefent dus om zijn naar binnen gerichte aandacht naar buiten te richten. Deze taakconcentratie training wordt ook voorgesteld als aanvulling op cognitieve herstructurering.

Wijze en duur van toepassen

Tot nu toe is taakconcentratie training alleen onderzocht en effectief bevonden in kortdurende (zeven tot vijftien sessies) individuele behandelingen.

Duurzaamheid

Er zijn geen gegevens over de lange termijn effecten van taakconcentratie training.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 2	Taakconcentratie training lijkt een zinvolle interventie bij angst om te blozen, naast cognitieve en gedragsmatige interventies. A2 Mulken, Bogels, et al., 2001 ²⁵³
-----------------	--

Wijze en duur van toepassen

Niveau 2	Taakconcentratie training kan als aanvullende interventie worden toegepast in een individueel format A2 Mulken, Bogels, et al., 2001 ²⁵³
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 4	Er zijn geen gegevens bekend over de langere termijn effecten van taakconcentratie training
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Taakconcentratie training is een betrekkelijk eenvoudige, geprotocolleerde behandeling.

Wijze en duur van toepassen

Taakconcentratie kan fungeren als een soort copingrespons tijdens zowel exposure als tijdens gedragsexperimenten in het kader van cognitieve herstructurering als tijdens het uitvoeren van sociale vaardigheden.

Duurzaamheid

Taakconcentratie training kan goed worden ingepast in behandelmethodes als exposure in vivo en cognitieve herstructurering. Er is geen reden om aan te nemen dat het toevoegen van taakconcentratie training aan deze methodes de lange termijn effecten ervan negatief zal beïnvloeden.

Algemene conclusies

Richtlijntekst:

Aangezien verschillende interventies effectief zijn gebleken bij de behandeling van sociale fobie heeft men de keuze. De volgende stappen zouden overwogen kunnen worden:

Maak onderscheid tussen het gegeneraliseerde subtype en het specifieke subtype. Bij het gegeneraliseerde subtype kan doorgaans het beste worden gestart met hetzij exposure in vivo (met name wanneer vermijding centraal staat) of cognitieve herstructurering (met name wanneer disfunctionele cognities centraal staan).

Wanneer de gekozen behandeling onvoldoende effect heeft kan de behandeling worden gecombineerd met sociale vaardigheidstraining (met name wanneer gebrekkige sociale vaardigheden centraal staan) of met taakconcentratie training (met name wanneer overbetrokkenheid op het eigen functioneren centraal staat).

Wanneer nog steeds onvoldoende resultaat wordt bereikt, kan in de hoofdinterventie worden 'geswitched' van exposure naar cognitieve herstructurering of andersom.

Bij het specifieke subtype sociale fobie worden dezelfde beslisprocedures toegepast, zij het dat sociale vaardigheidstraining doorgaans geen ondersteunende interventie zal zijn naast exposure in vivo en/of cognitieve herstructurering.

Combinatietherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: social phobia, social anxiety disorder en treatment. Dit leverde één studie op waarin het antidepressivum moclobemide direct vergeleken werd met cognitieve gedragstherapie. Er werden drie combinatiestudies gevonden. Eenmaal werd in de eerste lijn het SSRI sertraline vergeleken met exposure in vivo. Eenmaal werd de MAO remmer phenelzine vergeleken met het benzodiazepine alprazolam, met placebo, en met groeps cognitieve gedragstherapie. Alle condities kregen self-gecontroleerde exposure in vivo instructies. Het probleem van deze studie is de onderzochte psychofarmaca (MAOI en benzodiazepine) die op dit moment in Nederland geen middelen van eerste keuze meer zijn bij de sociale angststoornis (SAS). Deze studie is daarom niet geïnccludeerd. De derde studie betreft de combinatie van een bètablokkerend sympaticolyticum met sociale vaardigheidstraining. Aangezien bètablokkerende sympaticolytica ineffectief zijn gebleken bij een generaliseerde SAS, werd deze studie eveneens niet geïnccludeerd.

Aanbevelingen:

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie, effectiviteit

Bij patiënten met SAS met een comorbide depressie, wordt een behandeling gestart met antidepressiva. Na de evaluatie termijn wordt bij restklachten het antidepressivum gecombineerd met cognitieve gedragstherapie. Bij patiënten met een ongecompliceerde SAS kan gestart worden met cognitieve gedragstherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit antidepressiva versus cognitieve gedragstherapie

In één studie is het antidepressivum moclobemide vergeleken met cognitieve therapie (1). Cognitieve therapie was significant beter dan moclobemide, dat ineffectief bleek te zijn bij de sociale angststoornis. Een directe vergelijking tussen effectieve antidepressiva en cognitieve gedragstherapie heeft nog niet plaatsgevonden, en ook zijn er geen meta-analyses verricht.

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie, effectiviteit

In deze studie werd het onderzochte antidepressivum sertraline in doseringen gegeven zoals bij SAS gebruikelijk zijn (1). Gedragstherapie is onderzocht als exposure in vivo. In deze studie was sertraline effectiever dan placebo. Er werd geen significant verschil gevonden tussen exposure in vivo en 'treatment as usual'. Tussen sertraline en exposure in vivo werd ook geen significant verschil gevonden. De combinatiebehandeling was niet significant effectiever dan sertraline alleen en exposure in vivo alleen. Aangezien er wel meer responders waren in de combinatie-groep, spreken de auteurs van een 'additief' effect (in plaats van een interactie effect).

Conclusies:

Effectiviteit antidepressiva versus cognitieve gedragstherapie

Niveau 3	De relatieve effectiviteit van antidepressiva en cognitieve gedragstherapie is onvoldoende onderzocht. A2 Oosterbaan et al ²⁶⁴
-----------------	--

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie, effectiviteit

Niveau 3	Het combineren van sertraline met exposure in vivo bij SAS geeft slechts beperkt toegevoegd effect vergeleken met een behandeling met sertraline of exposure alleen. A2 Blomhoff et al, 2001 ⁴⁷
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit antidepressiva versus cognitieve gedragstherapie

Het blijkt zinvol om bij een ongecompliceerde SAS eerst te starten met een behandeling met cognitieve gedragstherapie. Dit geldt vooral voor patiënten met kort bestaande klachten. Patiënten met een comorbide depressieve stoornis, een lange ziektegeschiedenis, en een cognitieve gedragstherapie die onvoldoende effectief is, zouden ingesteld moeten worden op een antidepressivum (zie ook onder combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie).

Combinatie van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie, effectiviteit

Een probleem van deze studie is de eerste lijnssetting. De huisartsen die meededen gaven een beperkte vorm van gedragstherapie. Het is de vraag of een in de tweede lijn uitgevoerde studie dezelfde resultaten zou geven. Het lijkt prematuur op grond van deze gegevens te concluderen dat antidepressiva effectiever zijn dan exposure in vivo of dat de combinatiebehandeling eerste keuze behandeling is.

Beslisboom sociale fobie (I), specifieke subtype

Richtlijntekst:

Algemene opmerkingen

- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelings-mogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmaco-therapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

Algemeen: stap 1

- Is er sprake van frequent voorkomende situaties?
- NEE, indien er geen sprake is van frequent voorkomende situaties bestaat er geen duidelijke voorkeur voor psychologische dan wel farmacologische interventies. In overleg met patiënt, afhankelijk van voorkeur van patiënt, mogelijkheden van behandeling, wachttijden, etc kan een keuze uit een van beide richtingen gemaakt worden.
- JA, indien wel sprake is van frequent voorkomende sociale angstopwekkende situaties is er een voorkeur voor psychologische behandeling.

Psychologische behandeling: stap 1

- Exposure in vivo en cognitieve therapie zijn de psychologische interventies van eerste keuze bij sociale fobie, specifieke subtype. Er is in zijn algemeenheid geen uitgesproken voorkeur voor één van beide. Op logische gronden kan de voorkeur uitgaan naar exposure indien de vermijding centraal staat, en naar cognitieve therapie indien disfunctionele gedachten op de voorgrond staan. Duur behandeling: acht - twaalf weken.

Psychologische behandeling: stap 2

- Indien onvoldoende resultaat is bereikt, wordt gewicht of worden beide vormen gecombineerd, tot in totaal 20 weken behandeling.

Psychologische behandeling: stap 3

- Indien onvoldoende resultaat wordt taakconcentratietraining toegevoegd gedurende vier tot acht weken. Dit is met name geïndiceerd bij specifieke angst voor trillen, blozen of transpireren.

Farmacotherapie: stap 1

- Een bètablokker propranolol of atenolol, alleen incidenteel gebruik op zonedig basis. Zware lichamelijke inspanning is gezien de bijwerkingen van de bètablokkers een contra-indicatie voor gebruik.

Farmacotherapie: stap 2

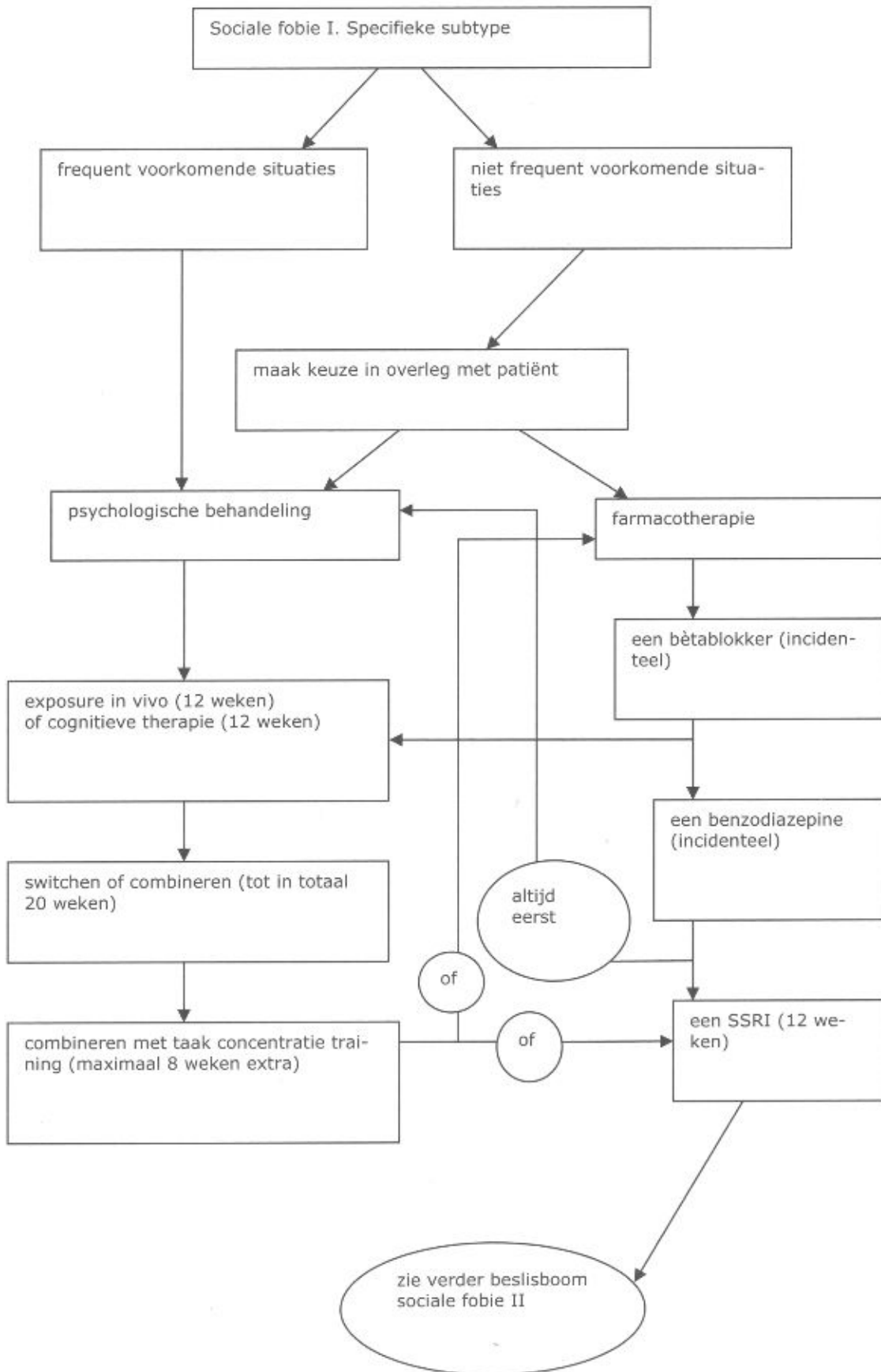
- Bij onvoldoende resultaat wordt de medicatie gewijzigd in een benzodiazepine, incidenteel gebruik op zonedig basis. Mogelijke bijwerkingen en nadelige effecten dienen tevoren met patiënt besproken te zijn.

Farmacotherapie: stap 3

- Instellen op een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor één van de SSRI's. Het middel dient in adequate dosering ingesteld te worden. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden. Voor behandeling met een SSRI bij een sociale fobie van een specifiek subtype dient altijd eerst een psychologische behandeling te worden toegepast.

Zie verder Beslisboom Sociale Fobie II

5.4.1 Beslisboom sociale fobie I



Beslisboom sociale fobie (II), gegeneraliseerde subtype

Richtlijntekst:

Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er geen voorkeur voor farmacotherapeutische of psychologische interventies. In dat geval wordt een keuze gemaakt in overleg met de patiënt.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

Algemeen: stap 1

- In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden, kosten etc. Er bestaat geen duidelijke voorkeur voor psychologische interventies dan wel farmacotherapie.

Psychologische behandeling: stap 1

- Exposure in vivo en cognitieve therapie zijn eerste keuze waarbij er in het algemeen geen duidelijke voorkeur is voor een van beide. Op logische gronden kan de voorkeur uitgaan naar exposure in vivo wanneer de vermijding op de voorgrond staat, en naar cognitieve therapie indien disfunctionele gedachten centraal staan. De gekozen methode dient acht tot twaalf weken te worden voortgezet.
- Wanneer overbetrokkenheid op het eigen gedrag, zoals bij blozen, trillen of transpireren, een bovenmatig grote rol speelt, kan taakconcentratietraining worden toegevoegd, gedurende maximaal acht weken.
- Wanneer gebrekkige sociale vaardigheden een bovenmatig grote rol speelt kan sociale vaardigheidstraining worden toegevoegd, gedurende maximaal 8 weken.

Psychologische behandeling: stap 2

- Wanneer de gekozen hoofdinterventie (exposure in vivo of cognitieve therapie) onvoldoende resultaat geeft, kan voor de andere interventie worden gekozen, of voor een stap in het farmacotherapieprotocol.

Farmacotherapie: stap 1

- Eerste keuze is een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor één van de SSRI's. De medicatie dient ingesteld te worden op adequate dosering. Het behandelresultaat kan na twaalf weken beoordeeld worden. Bij beperkt maar nog onvoldoende resultaat kan overwogen worden de dosering na twaalf weken verder te verhogen.

Farmacotherapie: stap 2

- Bij geen verbetering of onacceptabele bijwerkingen wordt de patiënt ingesteld op een andere SSRI, in adequate dosering en duur (twaalf weken).

Farmacotherapie: stap 3

- Bij geen behandelresultaat of intolerabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in een benzodiazepine of een MAO-remmer. Bijwerkingen en risico op verslaving van chronisch benzodiazepine gebruik dienen tevoren overwogen en met patiënt besproken te zijn. Behandeling met een MAO-remmer dient door een psychiater plaats te vinden. Het behandelresultaat is na twaalf weken te beoordelen. In verband met mogelijke bijwerkingen en de ernst daarvan dient voor gebruik van een MAO-remmer of benzodiazepine altijd eerst cognitieve gedragstherapie geprobeerd te zijn.

Farmacotherapie: stap 4

- Bij geen resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de medicatie geswitcht van een MAO-remmer naar een benzodiazepine of andersom (zie stap 3).

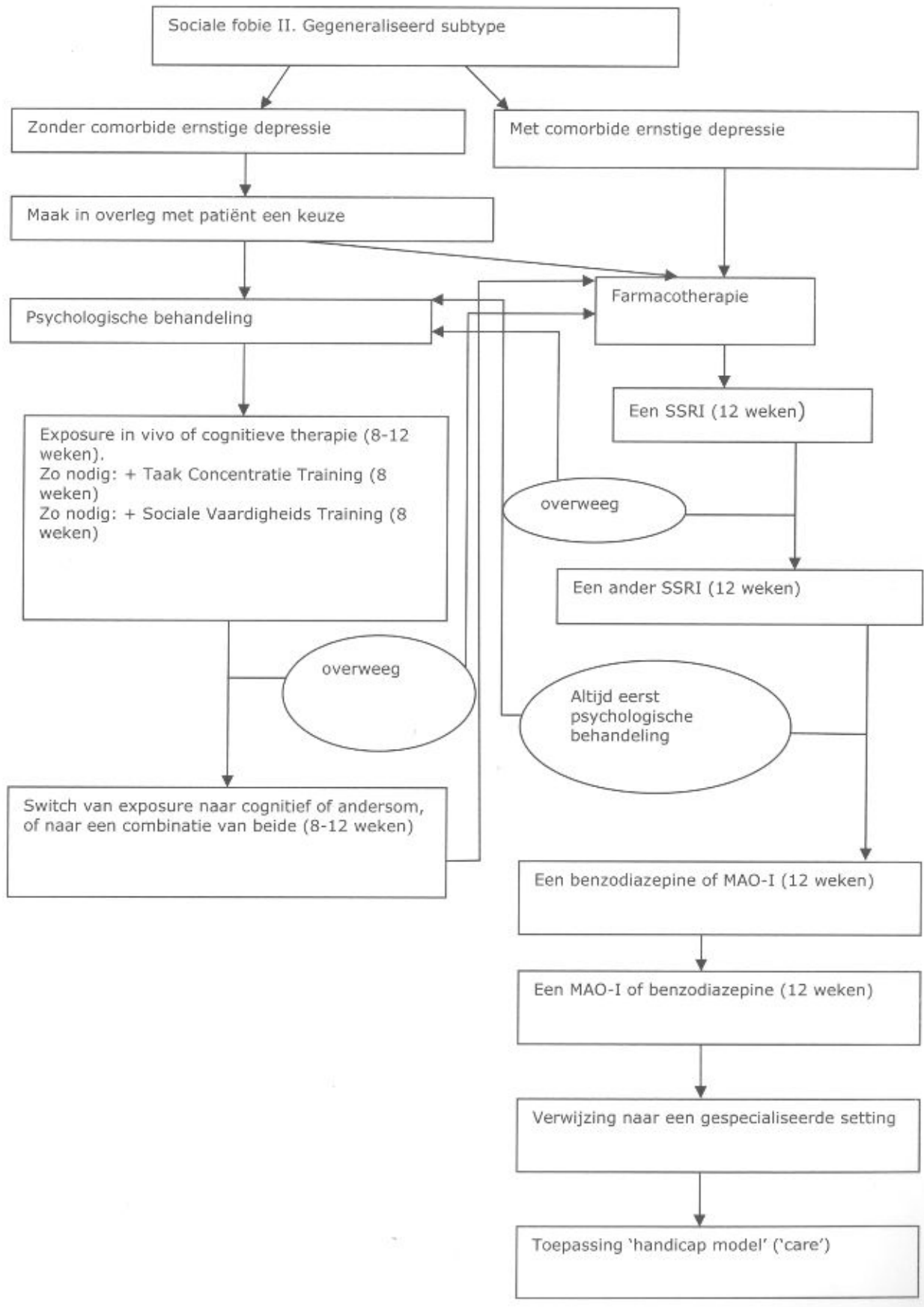
Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicap model. Dat wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

5.5.1 Beslisboom sociale fobie (II), gegeneraliseerde subtype



Obsessief-compulsieve stoornis (OCS)

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies, (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies; en (c) vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies of de effectiviteit van de combinatie van beide interventies bij de obsessief-compulsieve stoornis. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom zullen worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording voor literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: obsessive compulsive disorder, meta-analysis, pharmacotherapy, antidepressants, dose, SSRI, TCA, MAOI. Gezien de grote hoeveelheid literatuur werd in eerste instantie gebruik gemaakt van meta-analyses. Wanneer deze niet beschikbaar waren, werd per psychofarmakon steeds één kwalitatief goede (beoordeeld op kwaliteit van opzet en uitvoering van het onderzoek, voldoende duur van behandeling, geen tegenstrijdige uitkomsten) en recente Randomized Controlled Trial (RCT) geselecteerd.

Inleiding

Voor twee geneesmiddelengroepen is in dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek vastgesteld dat ze effectief zijn bij de behandeling van de obsessief-compulsieve stoornis (OCS), te weten: 1. selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's), 2. Het tricyclische antidepressivum clomipramine. Nieuwere antidepressiva zoals venlafaxine, mirtazapine en nefazodon, zijn nog niet of onvoldoende onderzocht en worden daarom niet besproken.

SSRI's

Aanbevelingen:

Effectiviteit

SSRI's zijn in de farmacotherapie van OCS goed te gebruiken middelen. I.v.m. de bijwerkingen wordt uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling geadviseerd.

Dosering

De SSRI's worden gedurende 5 weken laag gedoseerd. Bij non-respons en goede tolerantie wordt de dosering daarna stapsgewijs verhoogd tot de maximale dosering. Het effect wordt 12 weken na starten met de medicatie geëvalueerd.

Lange termijn

Nadat SSRI's 12 weken na instellen effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig door behandeld. De dagdosering kan na deze 12 weken stapsgewijs worden verlaagd. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen. Deze dienen onderscheiden te worden van recidiefklachten van OCS. Bij onthoudingsverschijnselen is het beleid: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van OCS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van OCS waren en langdurig doorbehandelen.

Additiemogelijkheden bij non-respons op SSRI's

Een aanzienlijk deel van de non-responders op een SSRI zal alsnog reageren wanneer een antipsychoticum wordt toegevoegd. Het verdient aanbeveling om eerst te kiezen voor een atypisch antipsychoticum en dit laag te doseren. Buspiron of lithium additie is niet effectief en moet niet worden toegepast.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

De vijf SSRI's citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline zijn voor de behandeling van de obsessieve compulsieve stoornis (OCS) effectiever bevonden dan placebo(1-5). Met een behandeling met SSRI's verbetert 50% van de patiënten klinisch relevant. Het effect is te evalueren na 12 weken behandeling. Onder invloed van SSRI's verbeteren dwanggedachten, dwanghandelingen, angsten en eventueel aanwezige depressieve klachten. SSRI's worden over het algemeen goed verdragen en zijn veilig in het gebruik. Desondanks valt ongeveer 20% van de patiënten voortijdig uit vanwege bijwerkingen. Frequent (tot 30%) voorkomende voorbijgaande bijwerkingen zijn: misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid of slapeloosheid, angsttoename. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosis afhankelijk en volledig reversibel na staken van de middelen. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn. In dubbelblinde placebogecontroleerde studies is de werkzaamheid van citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline ondubbelzinnig aangetoond.

In meta-analyses (6,7,8) blijkt de effectiviteit van de SSRI's afnemend te zijn in de volgende volgorde: fluoxetine, fluvoxamine, sertraline. Citalopram en paroxetine waren ten tijde van deze reviews nog niet op effectiviteit onderzocht en hebben dus geen plaatsbepaling gekregen. Er zijn tot op heden geen directe vergelijkingen tussen de SSRI's voorhanden. De verschillen die blijken uit de meta-analyses lijken niet klinisch relevant.

Dosering

Er zijn gecontroleerde dosis-effect studies verricht bij de SSRI's citalopram (1), fluoxetine (2), paroxetine (3) en sertraline (4). Uit deze studies blijkt dat zowel lage als hogere doseringen significant effectiever zijn dan placebo. Tussen de groepen met lage en hoge doseringen worden geen significante verschillen gevonden. Er bestaat wel een niet significante tendens dat hogere doseringen leiden tot een hoger percentage responders. De bijwerkingen nemen toe met de hoogte van de dagdosis.

Lange termijn

De volgende SSRI's zijn op lange termijn onderzocht: fluoxetine (1,2,3), fluvoxamine (3,4) en sertraline (5,6). In de onderzoeksperiode blijven de SSRI's effectief en worden geen nieuwe bijwerkingen gevonden. Er zijn aanwijzingen dat de dagdosering van responders verlaagd kan worden met gelijkblijvend effect. Na staken met monotherapie SSRI werd significant vaker terugval gezien dan bij het voortzetten van de behandeling. Fluoxetine werd gedurende 1 jaar dubbelblind onderzocht. De responders van een kortetermijn studie werden dubbelblind vervolgd in hun oorspronkelijke doseringen: 20mg, 40mg, 60mg of placebo. De behaalde korte-termijn resultaten bleven behouden. Non-responders uit de korte termijnfase werden open doorbehandeld, waarbij de fluoxetine doseringen verhoogd werden tot maximaal 80 mg als de patiënt het middel goed verdroeg. Tweederde van de non-responders reageerde alsnog op de dosisverhoging. Fluvoxamine (en clomipramine) werden gedurende 4 maanden onderzocht met de vraag of de oorspronkelijke dagdosering gereduceerd kon worden met eenderde of tweederde. Een andere onderzoeksgroep bleef de oorspronkelijke dagdosering behouden. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie condities. Hieruit volgt dat getracht kan worden de dagdosering van responders te verminderen met het oog op instellen op een 'minimaal effectieve dosering'. Een alternatieve verklaring is dat de onderzoekspatiënten in eerste instantie op een te hoge dosering waren ingesteld (zie onder dosering). In een zelfde soort studie met fluvoxamine, fluoxetine (en clomipramine) werd gevonden dat halvering van de dagdosis gedurende 2 jaar geen nadelige gevolgen had vergeleken met de continueren van de oorspronkelijke dagdosering. Responders uit een korte termijn vergelijking van sertraline en placebo werden dubbelblind vervolgd gedurende 1 jaar. Sertraline, dat in de oorspronkelijk doseringen (50mg, 100mg, of 200mg) werd doorgebruikt, bleef effectief.

Additiemogelijkheden bij non-respons op SSRI's

Bij OCS met een comorbide tic stoornis of M. Gilles de la Tourette blijkt de effectiviteit van antidepressiva toe

te nemen door ze te combineren met antipsychotica. Dit is in een placebogecontroleerde studie aangetoond voor 5 tot 10 mg haloperidol dat toegevoegd werd aan patiënten die behandeld waren met fluvoxamine en tot dan toe niet op de medicatie gereageerd hadden (1).

Recent werd het atypische antipsychoticum risperidon in een dosering van 2 tot 3 mg per dag dubbelblind toegevoegd aan patiënten die met verschillende SSRI's waren behandeld zonder resultaat (2). Het bleek dat 50% van de non-responders op de additie met risperidon alsnog responders werden. Een verschil met de studie van McDougle(1) was echter dat nu ook patiënten zonder comorbide ticstoornis op de additie reageerden.

Ander additieonderzoek heeft tot nu toe niet veel opgeleverd. Net zoals bij de farmaco-therapeutische behandeling van de depressieve stoornis is er placebo gecontroleerd onderzoek gedaan naar de meerwaarde van het toevoegen van buspiron en lithiumcarbonaat aan fluvoxamine. Helaas blijken deze combinaties niet effectiever te zijn dan de combinatie met placebo (3,4).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>SSRI's zijn veilig en effectief bij de behandeling van OCS. Hoewel goed getolereerd, valt door bijwerkingen ongeveer 20% van de behandelde patiënten voortijdig uit. De effectiviteit van de diverse SSRI's verschilt klinisch weinig.</p> <p>A2 Montgomery et al²⁵² ; A2 Tollefson et al³⁴⁸ ; A2 Goodman et al¹⁴⁸ ; A2 Zohar et al³⁸⁴ ; A2 Kronig et al²⁰¹ ; A1 Greist et al¹⁵⁴ ; A1 Piccinelli et al²⁸⁰ ; A1 van Balkom et al³¹</p>
-----------------	--

Dosering

Niveau 1	<p>Effectieve doseringen voor de SSRI's zijn als volgt: citalopram, fluoxetine en paroxetine: 20, 40 of 60 mg per dag en sertraline: 50, 100 of 200 mg per dag. Bij fluvoxamine is geen dosis-effect studie verricht.</p> <p>A2 Montgomery et al²⁵² ; A2 Tollefson et al³⁴⁸ ; A2 Data on file Glaxo SmithKline⁹⁰ ; A2 Greist et al¹⁵²</p>
-----------------	---

Lange termijn

Niveau 1	<p>De SSRI's fluvoxamine, fluoxetine, en sertraline blijven effectief op lange termijn. Het is zinvol om naar een minimaal effectieve dosering te zoeken. Staken van de medicatie laat frequent terugval zien.</p> <p>A2 Tollefson et al³⁴⁷ ; A2 Romano et al³⁰⁴ ; A2 Mundo et al²⁵⁴ ; A2 Ravizza et al²⁹⁷ ; A2 Greist et al¹⁵³ ; A2 Rasmussen et al²⁹⁶</p>
-----------------	---

Additiemogelijkheden bij non-respons op SSRI's

Niveau 1	<p>Wanneer OCS niet reageert op een behandeling met SSRI's kan symptoomreductie worden verkregen door de SSRI te combineren met een antipsychoticum als haloperidol (5-10 mg) of risperidon (2-3 mg). Dit geldt waarschijnlijk voor alle patiënten met OCS, en niet, zoals eerder gevonden alleen voor een subgroep met comorbide tics. Additie van buspiron of lithiumcarbonaat aan een SSRI heeft geen meerwaarde.</p> <p>A2 McDougle et al (1994)²³⁹ ; A2 McDougle et al (2000)²³⁵ ; A2 McDougle et al (1991)²³⁶ ; A2 McDougle et al (1993)²³⁸</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:Effectiviteit

Ofschoon geen vergelijkende studies voorhanden zijn wordt aangenomen dat alle SSRI's even effectief zijn. In tegenstelling tot andere angststoornissen blijkt in de eerste weken van de behandeling met SSRI's geen toename van angst- en paniek te ontstaan. Wanneer er sprake is van een comorbide paniekstoornis of GAS kan deze angsttoename wel optreden. Aangezien bij OCS over het algemeen een hogere dagdosering wordt nagestreefd, kunnen bijwerkingen toenemen en daarmee vroegtijdige uitval. Goede voorlichting vooraf en langzame opbouw van de medicatie kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Dosering

Eerder onderzoek, dat uitging van hoge doseringen clomipramine bij OCS, heeft in eerste instantie geleid tot onderzoek met hoge doseringen van de SSRI's. Fluvoxamine, waarbij geen dosis-effect onderzoek is verricht, blijkt steeds onderzocht te zijn in doseringen tot 300 mg per dag. Uit klinische ervaring was al gebleken dat patiënten soms baat kunnen hebben bij lagere doseringen. Deze observatie wordt gesteund door de genoemde dosis-respons studies. Hieruit kan worden afgeleid dat gestart moet worden met de laagste dosering. Deze dosering wordt 5 weken gegeven (2). Wanneer geen effect bemerkt wordt, en het middel goed verdragen, wordt de dosering stapsgewijs opgehoogd tot uiteindelijk de maximale dosis is bereikt. De effectiviteit wordt 12 weken nadat de patiënt met de SSRI is gestart geëvalueerd. Aangezien er een trend wordt gevonden dat non-responders die behandeld werden met lage doseringen bij dosisverhoging alsnog kunnen reageren op de medicatie (1,2), heeft het dus zin om bij non-respons de dagdosering te verhogen.

De start-, en maximale doseringen per dag voor de SSRI's zijn bij OCS:

Citalopram	20 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	60 - 80 mg
Fluvoxamine	50 mg	300 mg
Paroxetine	20 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	200 mg

Lange termijn

In de klinische praktijk blijken alle SSRI's bij langdurig gebruik effectief. Een minimaal effectieve dosering wordt bepaald door de dagdosering van de SSRI's stapsgewijs te verlagen, en het effect van deze verlaging na 12 weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënt niet zijn toegenomen na deze verlaging, kan de dagdosering na 12 weken opnieuw een stap verminderd worden. Waarschijnlijk zullen SSRI's bij OCS als monotherapie zeer langdurig, en mogelijk levenslang, gebruikt moeten worden.

Bij afbouwen van een SSRI kunnen onthoudingsverschijnselen optreden zoals angst, gespannenheid, duizeligheid en tremoren, paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van die van een recidief OCS. Bij een recidief treden weer dwangverschijnselen op. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van OCS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van OCS waren en langer doorbehandelen.

Ondanks het optreden van SSRI-onthoudingsverschijnselen bij te snel afbouwen spreekt men bij de SSRI's niet van gewenning en verslaving, omdat in tegenstelling tot bijvoorbeeld de benzodiazepinen, bij de SSRI's geen sprake is van psychische afhankelijkheid.

Additiemogelijkheden bij non-respons op SSRI's

Er zijn aanwijzingen dat andere atypische antipsychotica dan de bovengenoemde ook effectief zijn (olanzapine, quetiapine). Aangezien er waarschijnlijk langdurig zal moeten worden behandeld en van de klassieke antipsychotica bekend is dat zij op de lange termijn tardieve dyskinesie kunnen veroorzaken, hebben de moderne atypische middelen bij OCS de voorkeur. Omdat er casusbeschrijvingen gepubliceerd zijn van patiënten die een verergering van de dwangklachten kregen nadat ze op een atypisch antipsychoticum waren ingesteld, is er enige tijd toch voor klassieke antipsychotica gekozen. Het blijkt echter dat dwangklachten op een atypisch antipsychoticum alleen verergeren bij patiënten met een psychotische stoornis als hoofddiagnose en daarbij een comorbide OCS.

TCA Clomipramine

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Clomipramine is effectief in de farmacotherapie van OCS. Aangezien clomipramine in vergelijking met SSRI's minder goed verdragen worden, zal er vermoedelijk meer uitval zijn door bijwerkingen. Clomipramine is minder veilig en even effectief als SSRI's. Hieruit volgt dat eerst behandeld wordt met een middel uit groep van de SSRI's. Pas bij gebleken ineffectiviteit of intolerantie van de SSRI's wordt clomipramine voorgeschreven.

Dosering

Clomipramine wordt langzaam ingeslopen om bijwerkingen te beperken. Getracht wordt de patiënt in twee weken op een streefdosis van 150 mg in te stellen, en na 5 weken behandeling het effect te evalueren. I.v.m. de bijwerkingen wordt uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling geadviseerd.

Lange termijn

Nadat clomipramine na 12 weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering kan daarna stapsgewijs worden verlaagd. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen. Deze dienen onderscheiden te worden van recidiefklachten van OCS. Bij onthoudingsverschijnselen is het beleid: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van OCS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van OCS waren en langer doorbehandelen.

Additiemogelijkheden bij non-respons op clomipramine

Een deel van de nonresponders op clomipramine zal alsnog reageren wanneer een antipsychoticum wordt toegevoegd. Het verdient aanbeveling om eerst te kiezen voor een atypisch antipsychoticum en dit laag te doseren. Bupirion- en lithiumadditie is niet effectief en moet niet worden toegepast.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In dubbelblinde placebogecontroleerde studies is de werkzaamheid van de TCA clomipramine bij OCS ondubbelzinnig aangetoond (1,2,3). Andere TCA's zijn onvol-doen-de onderzocht (bijvoorbeeld imipramine) of onwerkzaam bevonden (bijvoorbeeld desipramine). De werkzaamheid lijkt vooral afhankelijk van de serotonerge activiteit.

Op een behandeling met clomipramine verbetert ongeveer 50% van de patiënten. Het effect is te evalueren na 12 weken behandeling. Onder invloed van clomipramine verbeteren dwanggedachten, dwanghandelingen, angsten en eventueel aanwezige depressieve klachten.

TCA's worden over het algemeen minder goed verdragen dan SSRI's en zijn onveilig bij overdosering. Frequent voorkomende bijwerkingen zijn: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urine retentie en reactietijdvertraging. Een deel hiervan, zoals de sufheid en de hartkloppingen, is voorbijgaand. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosis afhankelijk en volledig reversibel na staken van de middelen. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn.

Hoewel in de drie meta-analysen clomipramine vergeleken met de SSRI's het meest effectieve middel is, blijkt in RCT's waarin de effectiviteit van de SSRI's fluoxetine (4), fluvoxamine (5) en paroxetine (6) vergeleken werd met die van clomipramine geen significant verschil in effectiviteit.

Dosering

Er is bij clomipramine geen dosis-effect studie verricht. Al het onderzoek gaat uit van hogere doseringen vergeleken met die bij de depressieve stoornis. In het placebo-gecontroleerde onderzoek worden doseringen gebruikt tot 300 mg clomipramine per dag. Lagere doseringen kunnen echter ook al effectief zijn.

Lange termijn

Er is gecontroleerd onderzoek verricht bij clomipramine tot 2 jaar (1,2). In deze studies werd deels de oorspronkelijke dosering aangehouden, deels werd de dosering verlaagd. Clomipramine (vergeleken met fluvoxamine) werd gedurende 4 maanden onderzocht met de vraag of de oorspronkelijke dagdosering gereduceerd kon worden met eenderde of tweederde. Een andere onderzoeksgroep bleef de oorspronkelijke dagdosering behouden. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie condities. Hieruit volgt dat getracht kan worden de dagdosering van responders te verminderen met het oog op instellen op een 'minimaal effectieve dosering'. Een alternatieve verklaring is dat de onderzoekspatiënten in eerste instantie op een te hoge dosering waren ingesteld (zie onder dosering). In eenzelfde soort studie met clomipramine, fluvoxamine en fluoxetine werd gevonden dat halvering van de dagdosis gedurende 2 jaar geen nadelige gevolgen had vergeleken met de continueren van de oorspronkelijke dagdosering. Volledig staken van clomipramine als monotherapie geeft zeer frequent terugval.

Additiemogelijkheden bij non-respons op clomipramine

Gecontroleerd additie onderzoek bij clomipramine heeft tot nu toe niet veel opgeleverd. Net zoals bij de farmacotherapeutische behandeling van de depressieve stoornis is er placebo gecontroleerd onderzoek gedaan naar de meerwaarde van het toevoegen van buspiron en lithiumcarbonaat aan het antidepressivum. Helaas blijken deze combinaties niet effectiever te zijn dan de combinatie met placebo (1,2).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Clomipramine is effectief bij de behandeling van OCS. De effectiviteit van de SSRI's fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine verschilt klinisch weinig van clomipramine.</p> <p>A1 Greist et al¹⁵⁴ ; A1 Piccinelli et al²⁸⁰ ; A1 van Balkom et al³¹ ; A2 Pigott et al²⁸² ; A2 Koran et al¹⁹⁶ ; A2 Zohar et al³⁸⁴</p>
-----------------	---

Dosering

Niveau 4	<p>Bij clomipramine zijn geen dosis-effect studies verricht. De mening van de werkgroep is dat ook lagere doseringen dan 300 mg per dag in individuele gevallen effectief kunnen zijn.</p>
-----------------	--

Lange termijn

Niveau 1	<p>Clomipramine blijft effectief op lange termijn. Het is zinvol om naar een minimaal effectieve dosering te zoeken. Volledig staken van de medicatie laat frequent terugval zien.</p> <p>A2 Mundo et al²⁵⁴ ; A2 Ravizza et al²⁹⁷</p>
-----------------	---

Additiemogelijkheden bij non-respons op clomipramine

Niveau 3	<p>Additie van buspiron en lithiumcarbonaat aan clomipramine heeft geen meerwaarde.</p> <p>A2 Pigott et al (1)²⁸³; A2 Pigott et al (2)²⁸¹</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Clomipramine lijkt even effectief als de SSRI's fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine. Naar alle waarschijnlijkheid zal dit ook gelden voor citalopram en sertraline. In tegenstelling tot andere angststoornissen blijkt in de eerste weken van een behandeling met clomipramine geen toename van angst- en paniek te ontstaan. Wanneer er sprake is van een co-morbide paniekstoornis of

GAS kan deze angsttoename wel optreden. Aangezien bij OCS een hogere dagdosering wordt nagestreefd (zie aldaar), kunnen bijwerkingen toenemen en daarmee vroegtijdige uitval. Goede voorlichting vooraf en langzame opbouw van de medicatie kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Dosering

De aanbevolen dosering van clomipramine is afgeleid uit aanwezig placebogecontro-leerd onderzoek en klinische ervaring. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de aanbevolen dagdosering al effectief zijn. Reden dat er in studies steeds gewerkt is met een hogere dosering werd waarschijnlijk veroorzaakt door de relatief lange duur voordat het effect beoordeeld kan worden, waardoor artsen geneigd waren de dosering te vroeg te verhogen. Bij SSRI's blijkt dat lagere doseringen even effectief zijn als hogere, hoewel non-responders op lage doseringen alsnog bij dosisverhoging kunnen reageren. Het is mogelijk dat ook voor clomipramine geen dosis-respons relatie bestaat. Het lijkt zinvol in de klinische praktijk de medicatie langzaam in te sluipen om bijwerkingen te voorkomen. Het lukt meestal de patiënt in 2 weken op een streefdosering in te stellen. Afgeleid uit het onderzoek met SSRI's is dit voor clomipramine 150 mg per dag. Net als bij de SSRI's wordt de effectiviteit na 5 weken behandeling geëvalueerd. Wanneer het middel goed wordt verdragen, maar onvoldoende effectief is, wordt de dosering verhoogd tot de maximale dosis, ontleend aan de klische praktijk.

De start-, streef-, en maximale doseringen per dag voor clomipramine bij OCS:

Clomipramine	25 mg	150 mg	250 mg
--------------	-------	--------	--------

Lange termijn

Een minimaal effectieve dosering wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van clomipramine stapsgewijs te verlagen, en het effect van deze verlaging na 12 weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënt in remissie zijn gebleven na deze verlaging, kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Waarschijnlijk zal clomipramine bij OCS als monotherapie zeer langdurig, en mogelijk levenslang, gebruikt moeten worden.

Bij afbouwen van clomipramine kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, zoals angst, gespannenheid, duizeligheid en tremoren, paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van die van een recidief OCS. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van OCS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van OCS waren en langer doorbehandelen.

Additiemogelijkheden bij non-respons op clomipramine

In de klinische praktijk zijn er aanwijzingen, analoog aan additie onderzoek bij de SSRI's, dat atypische antipsychotica (risperidon, olanzapine, quetiapine) en klassieke antipsychotica (haloperidol) toegevoegd aan clomipramine alsnog verbetering teweegbrengen bij non-responders op clomipramine alleen. Aangezien er waar-schijnlijk langdurig zal moeten worden behandeld en van de klassieke antipsychotica bekend is dat zij op de lange termijn tardieve dyskinesie kunnen veroorzaken, hebben de moderne atypische middelen bij OCS de voorkeur.

Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie

Richtlijntekst:

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit geen voorkeur te bestaan voor een van de groepen farma. Ook binnen de groepen lijkt de effectiviteit vergelijkbaar. Op grond van de tolerabiliteit kan wel een voorkeur aangegeven worden. SSRI's zijn eerste keuze preparaten, gevolgd door clomipramine. De Werkgroep adviseert dan ook de volgende stappenvolgorde:

- Stap 1: een SSRI
- Stap 2: een ander SSRI
- Stap 3: SSRI met atypisch antipsychoticum
- Stap 4: clomipramine
- Stap 5: clomipramine met atypisch antipsychoticum

Vanaf stap 3 of 4 dient altijd ook gedragstherapie overwogen te worden, als dat al niet eerder gedaan is.

Psychologische/psychotherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in MedLine en PsycINFO met de volgende trefwoorden: obsessive compulsive disorder, behavior therapy, cognitive therapy en psychotherapeutic techniques. Gezien de grote hoeveelheid literatuur werd in eerste instantie gebruik gemaakt van meta-analyses en reviews, in tweede instantie van randomized controlled trials. Waar nodig is gebruik gemaakt van aanvullende niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

Bij de behandeling van obsessief-compulsieve stoornis (OCS) zijn verschillende psychotherapeutische interventies onderzocht. Uit het onderzoek komt naar voren dat met name twee behandelmethoden effectief zijn: a. exposure in vivo met responspreventie en b. cognitieve therapie. Hierbij is exposure in vivo met responspreventie eerste keus behandeling, vanwege de grote hoeveelheid positieve onderzoeksresultaten en de positieve lange termijn effecten. Bij cognitieve therapie zijn deze lange termijn effecten nog niet onderzocht. Andere psychotherapeutische behandelmethoden blijken niet of minder effectief, of zijn onvoldoende onderzocht. Er zijn geen randomized controlled trials waarin de effectiviteit van andere psychotherapeutische methoden is geëvalueerd.

Exposure in vivo met responspreventie

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo in combinatie met responspreventie dient standaard psychotherapeutische behandeling te zijn bij OCS.

Wijze en duur van toepassing

Neem voor de sessies waarin exposure en responspreventie wordt toegepast voldoende tijd zodat de angst van patiënt tot een aanvaardbaar niveau is gereduceerd. Zorg ervoor dat patiënt daarbij geheel afziet van zijn dwangrituelen.

Pas indien mogelijk graduele exposure in vivo toe en doe dat bij voorkeur in groepsverband om vervolgens huiswerkopdrachten mee te geven betreffende exposure en responspreventie door de individuele patiënten zelf thuis uit te voeren.

Maak bij cognitieve dwang onderscheid tussen angstverwekkende en angstreducerende gedachten. Stel bloot aan de eerste en voorkom de tweede.

Duurzaamheid

Ook nadat aanvankelijke resultaten beperkt blijven dient de behandeling met exposure en responspreventie te worden voortgezet. Speciale aandacht dient te worden besteed aan het motiveren van patiënten voor de behandeling en een behandeling dient te worden afgesloten met een terugvalpreventie programma.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Gedragstherapeutische behandeling van OCS (doorgaans bestaande uit een combinatie van exposure in vivo met responspreventie) is effectiever bevonden dan placebo (80 31). Met een dergelijke behandeling worden klinisch significante reducties bereikt in obsessief-compulsieve klachten. Dit geldt met name de

reductie in klachten zoals door de patiënten zelf gerapporteerd (31). Gemelde drop-out percentages variëren van 6% (80) tot 8% (31).

Aan het einde van de behandeling blijken patiënten eerder vergelijkbaar met de normale populatie dan met onbehandelde OCS-patiënten (1) en de positieve resultaten blijven niet beperkt tot deelnemers aan experimentele studies, maar zijn ook generaliseerbaar naar de doorsnee polikliniek populatie met OCS (136). Van de patiënten die deze behandeling ondergaan verbetert over het algemeen 70 tot 80%, een resultaat dat bij follow-up in ieder geval tot 2 jaar aanhoudt (273 189 358).

Wijze en duur van toepassing

Bij een exposure behandeling is het de bedoeling dat de patiënt wordt blootgesteld (exposure) aan de (doorgaans door hem vermeden) stimuli die zijn obsessies triggeren alsmede zijn neiging tot het uitvoeren van neutraliserende dwanghandelingen en rituelen. Hierbij wordt hij tegelijkertijd verhinderd om deze uit te voeren (responspreventie). Zo zal bijvoorbeeld iemand met smetvrees een deurknop of een trapleuning moeten aanraken (exposure), zonder vervolgens zijn handen te wassen (responspreventie). De patiënt leert ervaren dat de spanning en angst op den duur dalen zonder dat hij zijn dwanghandelingen en rituelen hoeft uit te voeren.

Exposure en responspreventie kunnen op verschillende wijzen worden toegepast. Men kan de intensiteit, de duur, de wijze (in vivo/in vitro) en de gehanteerde strategie (gradueel/flooding) bij blootstelling variëren, de responspreventie geheel, gradueel of gedeeltelijk doen plaatsvinden, de controle van het een zowel als van het ander bij de therapeut leggen of bij de patiënt zelf en tenslotte de gehanteerde variant individueel of in een groepsverband toepassen en al dan niet de partner/familie in de behandeling betrekken.

Er zijn voldoende aanwijzingen in de literatuur waaruit blijkt dat beide componenten (exposure en responspreventie) in ieder geval gezamenlijk moeten worden toegepast (133 134 2). Exposure alleen leidt tot meer angstreductie en minder verbetering op het gebied van de uitvoer van dwanghandelingen en rituelen terwijl het omgekeerde geldt voor responspreventie (133 134).

Het effect in de zin van een reductie in dwangklachten wordt groter naarmate de sessies langer duren en neemt toe als de patiënt afziet van zijn dwangrituelen tijdens de behandeling (3). Er zijn ook aanwijzingen gevonden in een meta-analyse (3) dat exposure met responspreventie uitgevoerd in aanwezigheid van de therapeut een groter effect heeft dan wanneer de patiënt alleen oefent. Hierover is echter nog enige discussie mogelijk omdat in enkele gecontroleerde effectstudies (112 113) die beide condities direct vergeleken geen verschillen werden gevonden. De reductie in dwangklachten hangt in ieder geval niet samen met de wijze van presentatie van de stimuli (in vivo/in vitro) (3 100) of met de gehanteerde strategie (gradueel/flooding) (3). Er lijkt geen evidentie te zijn dat het betrekken van de partner in de behandeling meer effect heeft dan het behandelen van de patiënt alleen (Emmelkamp, de Haan & Hoogduin, 1990).

Hoewel exposure in vivo en responspreventie met succes zijn toegepast in een groepssetting (257 125) zijn er aanwijzingen dat individuele gedragstherapie tot een snellere reductie leidt van obsessief-compulsieve klachten dan groepstherapie (125).

Duurzaamheid

Over het algemeen blijft de verbetering na exposure en responspreventie over jaren bestaan (273 189 358). Dit effect en de duurzaamheid ervan kunnen nog worden vergroot door het opzetten en uitvoeren van een terugvalpreventie programma aan het einde van de behandeling (166). Langduriger voortzetting van de behandeling na gering resultaat bij aanvang lijkt zinrijk omdat alsnog resultaat kan worden behaald (156). De noodzaak hiervan lijkt meer aanwezig naarmate de klachten ernstiger zijn (156 337).

Overigens worden over het algemeen weinig consistente aanwijzingen gevonden waar het predictoren van het behandelresultaat betreft (114). Het meest robuust lijkt nog de motivatie van patiënten voor de behandeling en de mate van compliance (156 217).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat exposure in vivo (met responspreventie) een effectieve behandeling is voor de obsessief-compulsieve stoornis.</p> <p>A1 Cox et al., 1993⁸⁰; A1 Van Balkom et al., 1994³¹; A1 Kobak et al.¹⁹³, 1998; A1 Abramowitz, 1998¹; A1 Franklin et al., 2000¹³⁶; A1 O'Sullivan & Marks, 1990²⁶⁰</p>
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	<p>Exposure met responspreventie heeft het meeste effect als de sessies liefst in aanwezigheid van de therapeut voldoende lang duren om de angst te laten afnemen. De wijze van presentatie van de stimuli alsook de daarbij gekozen strategie zijn naar keuze en kunnen worden afgestemd op de individuele problematiek van de patiënt.</p> <p>A1 Abramowitz, 1997²; A1 Abramowitz, 1996³; A2 De Araujo et al 1995¹⁰⁰; A2 Fals-Stewart et al, 1993¹²⁵</p>
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 1	<p>Effect en duurzaamheid van de behandeling met exposure en responspreventie kunnen nog worden vergroot indien voldoende aandacht wordt besteed aan patiënt's motivatie en aan terugvalpreventie. Naarmate de klachten ernstiger zijn is het noodzakelijk de behandeling langer voort te zetten ook bij aanvankelijk gering resultaat.</p> <p>A1 O'Sullivan & Marks, 1990²⁷³; A1 Emmelkamp, 2001¹¹⁴; A1 Marks 1997²¹⁷</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Exposure met responspreventie is een gemakkelijk toe te passen methode die door de patiënt doorgaans gemakkelijk wordt begrepen en door deze goed kan worden uitgevoerd.

Wijze en duur van toepassing

In de gevallen waarin niet alleen de obsessies maar ook de compulsies van cognitieve aard zijn is het van belang functioneel onderscheid te maken tussen de angst-verwekken-de en angstreducerende gedachten en beelden: aan de eerste dient patiënt te worden blootgesteld, de tweede dienen te worden verhinderd. Bij de blootstelling zal in dit geval vaker sprake zijn van exposure in vitro. Ook in een aantal andere gevallen zal exposure in vitro aangewezen zijn of de voorkeur verdienen al was het maar om praktische redenen. Omdat graduele exposure in vivo even effectief is als flooding in vivo zal de voorkeur van patiënt voor de eerste variant over het algemeen gehonoreerd kunnen worden. Graduele exposure heeft als voordeel dat het minder spanning voor de patiënt met zich meebrengt en ook gemakkelijker tussen de sessies door zelfstandig thuis uitgevoerd kan worden. Blijven oefenen tussen de sessies is immers van belang. Vooral vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit verdient het overweging exposure met responspreventie eventueel toe te passen in een groepsformat.

Duurzaamheid

Om patiënten te motiveren voor de toch vaak als belastend ervaren behandeling kan niet alleen gebruik gemaakt worden van motiveringstechnieken maar ook van de hierna te bespreken cognitieve therapie die drempelverlagend kan werken ten aanzien van de bereidheid om tot blootstelling over te gaan en om de subjectief ervaren risico's te dragen die een gevolg zijn van het niet uitvoeren van de dwangrespons. Toevoeging van een aantal sessies bij uitblijvend resultaat alsmede van een terugval-preventieprogramma verdienen overweging ook al leidt dit tot verlenging van de behandeling.

Cognitieve therapie

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Gezien het feit dat de resultaten van cognitieve therapie veelbelovend zijn verdient het aanbeveling cognitief therapeutische elementen toe te voegen aan de standaardbehandeling van OCS. Interventies gericht op het doen afnemen van de overschatting van risico's en gevaren kunnen de patiënt over de drempel helpen bij de behandeling met exposure en responspreventie en aldus motiverend werken.

Bij de groep patiënten met uitsluitend obsessies en/of mentale rituelen betekent de cognitieve therapie een welkome aanvulling op het standaard pakket. De effecten ervan zijn echter nog onvoldoende onderzocht.

Wijze en duur van toepassing

Cognitieve therapie bij OCS kan worden gegeven in betrekkelijk kortdurende behandelingen van tien tot vijftien zittingen, waarbij overwogen kan worden om de behandeling in een groepsformat te geven.

Duurzaamheid

Het gebrek aan gegevens over de lange termijn effecten van cognitieve therapie is voornamelijk geen reden om de interventie niet toe te passen bij ocs. Het is wel een extra reden om grote zorgvuldigheid te betrachten bij afspraken met betrekking tot het voorkomen van terugval en met betrekking tot maatregelen indien terugval zich heeft voorgedaan.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Cognitieve therapie bij OCS is minder onderzocht dan exposure in vivo met responspreventie. In een overzichtsstudie (2) en een aantal gerandomiseerde gecontroleerde studies(113 111 266 28 137 244) wordt cognitieve therapie vergeleken met exposure in vivo en responspreventie. De resultaten van beide behandelmethoden blijken daarbij ongeveer overeen te komen.

Wijze en duur van toepassing

In een cognitieve behandeling worden de interpretaties van de patiënt geregistreerd, uitgedaagd en vervangen door meer rationele en functionele interpretaties. Hierbij komen de interpretaties over de obsessies aan bod en ook de verschillende denkfouten die op het gebied van kansschattingen en verantwoordelijkheden worden gemaakt. In veel gevallen worden binnen de cognitieve behandeling de interpretaties getoetst in de werkelijkheid in de vorm van gedragsexperimenten.

Met betrekking tot de wijze van toepassing en de optimale duur van cognitieve therapie zijn nog geen vergelijkende gecontroleerde studies voorhanden. Doorgaans wordt uitgegaan van behandelingen tussen de tien en vijftien zittingen.

Duurzaamheid

De lange termijn effecten van cognitieve therapie bij OCS zijn nog niet onderzocht.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Cognitieve therapie is een effectieve behandelingsmethode bij OCS. A1 Abramowitz ² , Van Oppen et al ²⁶⁶ , Van Balkom et al ²⁸ , Freeston et al ¹³⁷ , McLean et al ²⁴⁴
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	Cognitieve therapie bij OCS kan in een betrekkelijk kortdurend format van tien tot vijftien zittingen worden gegeven. A1 Abramowitz ² ; Van Oppen et al ²⁶⁶ ; Van Balkom et al ²⁸ ;
-----------------	---

Duurzaamheid

Niveau 4	De lange termijn effecten van cognitieve therapie bij OCS zijn nog niet bekend.
-----------------	---

Overige overwegingen:Effectiviteit

De eerste studies (^{113 111}) die de effecten van cognitieve therapie vergeleken met die van exposure en responspreventie maakten gebruik van een traditionele vorm van cognitieve therapie (RET). Hierbij blijven gedragsinstructies achterwege. In latere studies (^{266 28 137 244}) wordt binnen de cognitieve behandeling expliciet het gedragsexperiment inbegrepen (CBT). Een gedragsexperiment nu heeft een aantal overeenkomsten met exposure in vivo, waardoor het onderscheid tussen beide interventies minder gemakkelijk valt te maken.

Een speciale groep waarvan men mag veronderstellen dat deze baat heeft bij cognitieve therapie wordt gevormd door patiënten met uitsluitend obsessies zonder uitwendige dwanghandelingen en rituelen. Deze groep is zeer beperkt (¹³²) alsmede het onderzoek naar de behandeling ervan. Er is slechts één gecontro-leerde studie waaruit blijkt dat cognitieve therapie effectief is bij de behandeling van obsessies (¹³⁷). Ook bij obsessies zijn de lange termijn effecten van cognitieve therapie nog niet onderzocht.

Wijze en duur van toepassing

Exposure met responspreventie kan bij OCS doorgaans goed in groepsverband worden gegeven. Diverse vormen van cognitieve therapie kunnen ook goed in groepsverband worden gegeven. Er zijn dus geen overwegende argumenten om cognitieve therapie bij OCS *niet* in een groepsformat te geven.

Duurzaamheid

Bij diverse andere angststoornissen blijken de lange termijn effecten van cognitieve therapie goed te zijn. Er is vooralsnog geen reden om aan te nemen dat dit anders zal zijn bij cognitieve therapie voor OCS. 'Good clinical practice' suggereert dat met de patiënt afspraken moeten worden gemaakt over wat hem te doen staat bij mogelijke terugval. Afspraken om bij terugval snel te kunnen worden gezien voor één of enkele afspraken moeten met de patiënt en de huisarts worden gemaakt.

Algemene conclusies mbt keuze van interventies**Richtlijntekst:**

De volgende algemene aanbevelingen kunnen worden geformuleerd ten aanzien van de psychologische interventies bij de behandeling van de obsessief-compulsieve stoornis. Inventariseer de obsessies en compulsies.

Geef de rationale voor het in stand blijven van de klacht in casu de angstreductie ten gevolge van de uitgevoerde compulsies.

Start een programma van (bij voorkeur geleidelijke) blootstelling en daaraan gekoppelde volledige responspreventie in een frequentie van een of twee maal per week.

Laat de patiënt tussen de afspraken door thuis zelf oefenen.

Verhoog de motivatie en verlaag de drempel door toevoeging van cognitieve therapie.

Behandel in ieder geval 10 tot 15 sessies.

Ga bij onvoldoende effect door tot maximaal 25 sessies tenzij er redenen zijn om dat niet te doen.

Sluit af met een terugvalpreventieprogramma.

Overweeg andere of aanvullende interventies wanneer na 25 sessies onvoldoende resultaat is geboekt.

Combinatietherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: obsessive compulsive disorder en treatment. Er zijn tot op heden geen studies verricht waarin antidepressiva direct met cognitieve gedragstherapie zijn vergeleken. Er werden zes combinatiestudies gevonden: vijfmaal de combinatie van een antidepressivum met exposure in vivo en eenmaal de combinatie met cognitieve therapie. Eén studie is verricht met het bij OCS onwerkzame imipramine, en werd daarom niet geïnccludeerd. De overige studies zijn verricht met clomipramine (2x) en fluvoxamine (3x).

Effectiviteit antidepressiva versus CGT

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er zijn tot op heden geen studies verricht waarin antidepressiva direct met cognitieve gedragstherapie zijn vergeleken. Er zijn wel enige meta-analysen gepubliceerd waarin beide behandelingen met elkaar vergeleken zijn (1-3). Een probleem bij de interpretatie van de resultaten is dat onderzoek bij verschillende studiepopulaties met elkaar vergeleken worden. Met deze restrictie kan voorlopig uit de meta-analysen worden afgeleid dat cognitieve gedragstherapie minimaal even effectief is als antidepressiva en mogelijk zelfs superieur. Verder blijkt het drop-outpercentage bij een behandeling met antidepressiva groter te zijn dan met cognitieve gedragstherapie. Het terugvalpercentage na staken van een behandeling met antidepressiva is groter dan na staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT).

Conclusies:

Niveau 1	Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie superieur is aan antidepressiva bij OCS. A1 van Balkom et al ³¹ ; A1 Cox et al ⁸⁰ ; A1 Kobak et al ¹⁹³
-----------------	--

Overige overwegingen:

Aangezien het dropoutpercentage gedurende en terugvalpercentage na het staken van een behandeling met antidepressiva groter is dan met cognitieve gedragstherapie, lijkt het zinvol om eerst te starten met een behandeling met cognitieve gedragstherapie, met name wanneer de voorkeur van de patiënt uitgaat naar een niet-medicamenteuze behandeling. Dit geldt niet voor patiënten met een comorbide depressieve stoornis. Deze kunnen waarschijnlijk beter eerst ingesteld worden op een antidepressivum (zie ook onder combinatie).

Combinatie antidepressiva met CGT

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Bij patiënten met OCS bestaande uit dwanghandelingen, die tevens licht of matig depressief zijn en weinig of geen overige comorbiditeit hebben, wordt een behandeling gestart met cognitieve gedragstherapie. Bij depressieve patiënten met OCS heeft het zin om te starten met een serotonerge antidepressivum. Bij onvoldoende effect kan hieraan een behandeling met exposure in vivo met respons preventie of cognitieve therapie toe worden gevoegd. Wanneer men bij patiënten met OCS, die met een antidepressivum behandeld worden, denkt aan het staken van de medicatie, wordt exposure in vivo met responspreventie toegevoegd om recidieven te voorkómen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In deze studies werden de onderzochte antidepressiva clomipramine en fluvoxamine in doseringen gegeven zoals bij OCS gebruikelijk (1-5). Gedragstherapie is onderzocht in verschillende varianten van exposure in vivo gecombineerd met responspreventie. Cognitieve therapie werd gegeven volgens de methode van Beck, Salkovskis en Van Oppen.

In drie studies en één meta-analyse werd geen significant verschil gevonden tussen de combinatiebehandeling en exposure in vivo of cognitieve therapie alleen (2-5). In één van deze studies (2) liet de combinatiebehandeling na enige weken een grotere verbetering zien dan na placebo plus exposure in vivo. Deze verbetering werd echter na 4 maanden weer teniet gedaan. In twee studies gaf de combinatie een significant sterkere verbetering van dwangsymptomen dan een behandeling met exposure in vivo met responspreventie alleen (1,6). Het bleek in één studie vooral te gaan om patiënten die naast OCS depressief waren (1). In slechts één studie is adequaat onderzocht of de combinatiebehandeling effectiever is dan medicatie alleen (2). Dit bleek inderdaad zo te zijn. In een andere studie (3) met een conditie medicatie alleen bleken de patiënten zich niet goed aan het protocol gehouden te hebben. Uit deze studie is dus geen goede conclusie te trekken.

Een superieur effect van de combinatiebehandeling boven cognitieve gedragstherapie alleen op middellange (6 maanden tot 2 jaar) en lange termijn (6 jaar) is niet aangetoond (7-10): er werd geen verschil meer gevonden tussen de groep patiënten die met de combinatie behandeld waren en zij die alleen met cognitieve gedrags-therapie behandeld waren. Een vergelijking op lange termijn tussen de combinatiebehandeling en medicatie alleen is niet gemaakt.

Een cognitieve gedragstherapie toegevoegd aan een behandeling met antidepressiva lijkt recidieven na staken van de medicamenteuze behandeling te kunnen voorkomen (7-10).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Het combineren van clomipramine of fluvoxamine met exposure in vivo met respons preventie of cognitieve therapie bij OCS geeft slechts beperkt toegevoegd effect vergeleken met een behandeling met exposure of cognitieve therapie alleen. Er zijn enige aanwijzingen dat het effect van antidepressiva versterkt wordt door het toevoegen van cognitieve gedragstherapie. De combinatiebehandeling lijkt het meest effectief bij comorbide depressieve patiënten.</p> <p>A2 Marks et al, 1980²²⁰ ; A2 Marks et al, 1988²¹⁹ ; A2 Cottraux et al, 1990⁷⁹ ; A2 van Balkom et al, 1998²⁸ ; A1 van Balkom et al, 1994³¹ ; A2 Hohagen et al, 1998¹⁷²</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Om onderzoekstechnische redenen zijn aan de patiënten die met deze studies meededen extra voorwaarden gesteld. Dit bemoeilijkt een generalisatie tot de groep patiënten met OCS in de klinische praktijk. Allereerst geldt dat al deze studies zijn verricht met patiënten met OCS die last hadden van dwanghandelingen. Dit extra inclusie criterium is meestal gesteld omdat de gedragstherapeutische behandeling bestond uit exposure in vivo met responspreventie, en deze techniek moeilijk toe te passen is bij patiënten met alleen dwanggedachten.

Voor patiënten die alleen lijden aan obsessies en coverte compulsies kunnen cognitieve therapie of een antidepressivum uitkomst bieden. Voorts is een beperking dat slechts relatief zuivere groepen patiënten met OCS in dergelijke effectstudies worden geïnccludeerd. Dat wil zeggen dat ernstig depressieve patiënten om ethische redenen als het voorkómen van suïcidaliteit gedurende een placebobehandeling vaak niet in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd zijn. Voor deze groep lijkt een behandeling met een antidepressivum primair geïndiceerd. Eventueel kan dan later nog cognitieve gedragstherapie worden toegevoegd om resterende dwangklachten aan te pakken.

Vanuit het oogpunt van gezondheidszorgkosten lijkt een combinatiebehandeling in eerste instantie niet op zijn plaats bij ongecompliceerde OCS, gezien de beperkte toegevoegde waarde op het gebied van effectiviteit. Wanneer er geen mogelijkheid is voor cognitieve gedragstherapie op korte termijn, bijvoorbeeld vanwege een bestaande wachtlijst, kan de behandeling worden gestart met een antidepressivum en eventueel later gecombineerd met cognitieve gedragstherapie.

Niet-farmacologische biologische behandel mogelijkheden

Aanbevelingen:

Het is de mening van de werkgroep dat bij zeer ernstige therapieresistente OCS verwijzing naar de Werkgroep Psychochirurgie overwogen moet worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Psychochirurgie

Ondanks de negatieve lading van neurochirurgische (psychochirurgische) interventies bij psychiatrische aandoeningen in het verleden, zoals frontale lobotomie, zijn moderne stereotactische neurochirurgische procedures reële behandelopties bij OCS. Met name cingulotomie (¹⁸³) en capsulotomie (²⁵⁰) blijken bij een deel van de patiënten met ernstige therapieresistente OCS vermindering van symptomen te geven. De complicaties van de ingreep, zoals postoperatieve infecties, neurologische uitval, postoperatieve epilepsie en persoonlijkheidsveranderingen, blijken bij een zorgvuldige uitvoering van de procedure zeldzaam. Bij follow-up blijkt ongeveer eenderde deel van deze ernstige patiënten door de ingreep duidelijk te verbeteren (^{183 19}). In Nederland is deze behandeling gereserveerd voor zeer ernstige en therapieresistente patiënten met OCS. De beoordeling of een patiënt voor deze behandeling in aanmerking komt vindt plaats door de Werkgroep Psychochirurgie en de ingreep wordt in een gespecialiseerd centrum uitgevoerd.

Andere niet-farmacologische biologische behandelopties bij OCS, zoals rTMS (Transcraniele Magnetische Stimulatie) en Deep Brain Stimulation, bevinden zich momenteel nog in een experimentele fase en zijn nog onvoldoende onderzocht om in deze richtlijn te worden opgenomen.

ECT

Wat betreft ECT (elektroconvulsie therapie) geldt dat een positief effect hiervan bij OCS onvoldoende is aangetoond.

Beslisboom

Richtlijntekst:

Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er enige voorkeur om psychologisch te behandelen. Vanuit die voorkeur wordt er een keuze gemaakt op basis van overleg met de patiënt.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen. Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in OCS gespecialiseerde behandelsetting. In het algemeen zal behandeling van OCS in de tweede lijn plaatsvinden. Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

Algemeen: stap 1

- Indien geen sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen psychologische behandeling en farmacologische behandeling, afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden kosten, etc., waarbij er echter enige voorkeur bestaat voor een psychologische behandeling.

Psychologische behandeling: stap 1

- Exposure met responspreventie gedurende tien tot twintig weken.

Psychologische behandeling: stap 2

- Indien de exposure met responspreventie niet tot voldoende vermindering van de dwangklachten leidt, dient deze interventie gecombineerd te worden met cognitieve therapie, tot een totale duur van de psychologische behandeling van maximaal 30 weken.

Combinatietherapie: stap 1a

- Indien na maximaal 30 weken psychologische behandeling onvoldoende resultaat is geboekt moet worden overgestapt naar een combinatiebehandeling, in eerste instantie in combinatie met een SSRI, gedurende 12 weken (zie farmacotherapie stap 1).

Combinatietherapie: stap 2a

- Indien hiermee onvoldoende resultaat wordt geboekt, wordt gecombineerd met een ander SSRI gedurende 12 weken (zie farmacotherapie stap 2).

Farmacotherapie: stap 1

- Een SSRI gedurende twaalf weken. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. De keuze wordt bepaald op basis van bijwerkingenprofiel, eerdere ervaringen, etc. Bij enig maar onvoldoende resultaat na 12 weken dient de dosering geleidelijk aan verder verhoogd te worden.

Farmacotherapie stap 2

- Bij geen verbetering of niet te tolereren bijwerkingen wordt een andere SSRI, in adequate dosering voorgeschreven gedurende twaalf weken. Of er wordt een overstap gemaakt naar psychologische behandeling.

Combinatietherapie: stap 1b

- Bij opnieuw een onvoldoende resultaat wordt de SSRI gecombineerd met de psychologische behandeling (zie hierboven).

Combinatietherapie: stap 2

- Bij onvoldoende resultaat worden SSRI en psychologische interventie gecombineerd met een atypisch antipsychoticum. Alhoewel ook haloperidol effectief is gaat de voorkeur uit naar een atypisch antipsychoticum vanwege het risico op extrapyramidale bijwerkingen.

Combinatietherapie: stap 3

- Bij onvoldoende resultaat wordt de psychologische interventie gecombineerd met clomipramine in adequate duur en dosering.

Combinatietherapie stap 4

- Bij onvoldoende resultaat worden clomipramine en de psychologische interventie gecombineerd met een atypisch antipsychoticum (zie combinatietherapie stap 2).

Combinatietherapie stap 5

- Er is sprake van therapie resistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

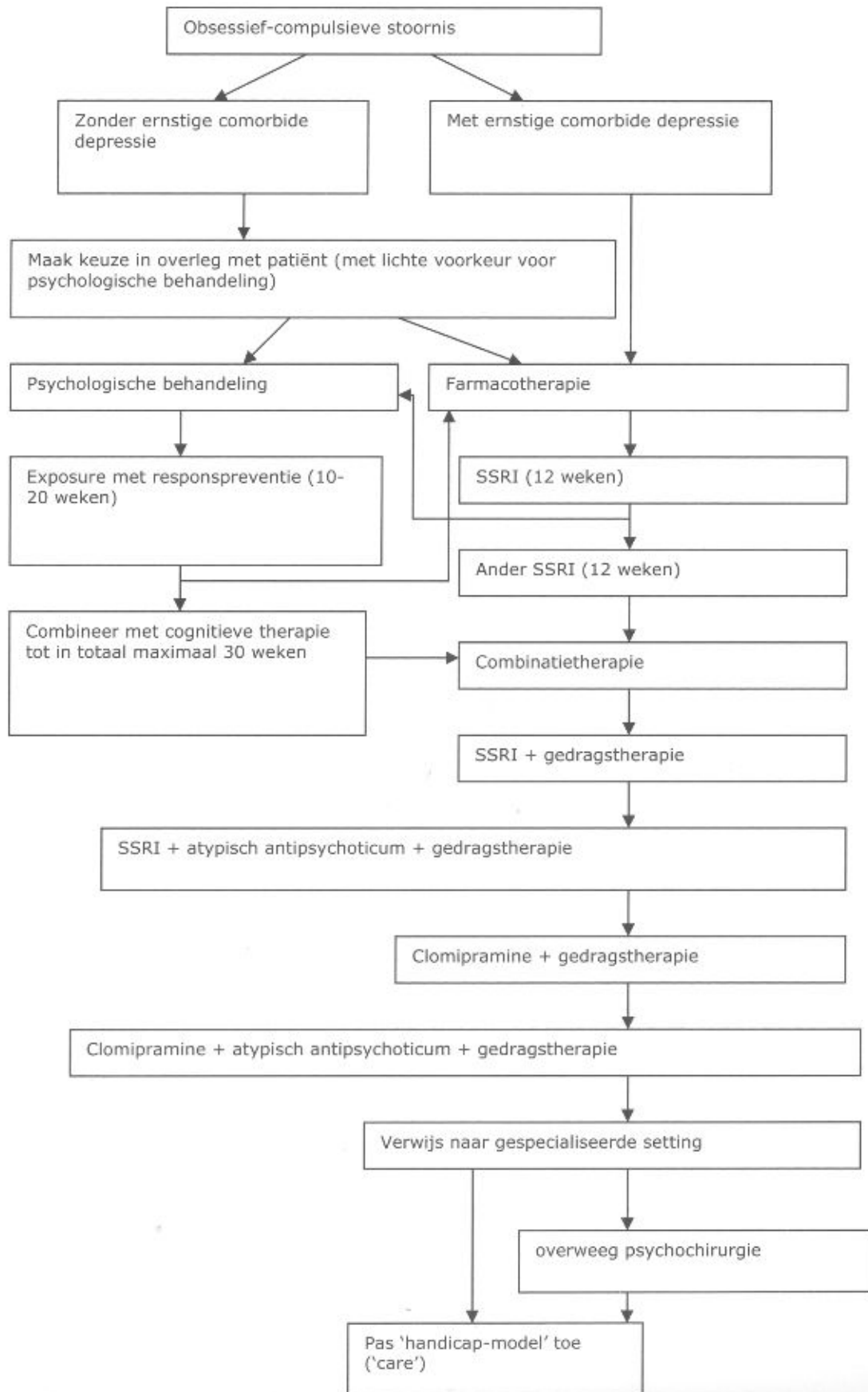
Overweeg: psychochirurgie

- Bij onvoldoende resultaat: overweeg psychochirurgische interventie. Voor indicatiestelling dient de patiënt aangemeld te worden bij de Commissie Psychochirurgie. Om hiervoor in aanmerking te komen dient de patiënt de verschillende stappen volgens de beslisboom adequaat doorlopen te hebben.

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicap model. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

6.5.1 Beslisboom obsessief-compulsieve stoornis (OCS)



Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de gegeneraliseerde angststoornis. Bij deze stoornis bestaat vooralsnog geen vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies of de effectiviteit van de combinatie van beide interventies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom zullen worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording voor literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: gegeneralised anxiety disorder, meta-analysis, pharmacotherapy, antidepressants, dose, SSRI, MAOI, TCA, buspirone, benzodiazepines.

Voor zover bekend zijn er geen meta-analyses beschikbaar. Per psychofarmakon werd steeds één kwalitatief goede (beoordeeld op kwaliteit en opzet en uitvoering van het onderzoek, voldoende duur van behandeling, geen tegenstrijdige uitkomsten) en, zo mogelijk recente, randomized controlled trial (RCT) geselecteerd.

Inleiding

Voor diverse geneesmiddelengroepen is in dubbelblind placebogecontroleerde onderzoek vastgesteld dat ze effectief zijn bij de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS). Dit zijn:

- antidepressiva; te weten de SSRI paroxetine, venlafaxine, de TCA's imipramine en trazodon
- buspiron
- benzodiazepinen

Bètablokkers kunnen lichamelijke verschijnselen optredend bij angst, zoals trillen of hartkloppingen, verminderen maar hebben geen specifiek anxiolytische werking. Ook daarom worden zij niet geadviseerd en dus hier ook niet verder besproken.

Antipsychotica worden wel eens gebruikt bij acute angsttoestanden als anxiolyticum. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de sedatieve bijwerkingen van deze farmaca. Aangezien er betere middelen beschikbaar zijn om anxiolyse te bewerkstelligen is het advies van de werkgroep antipsychotica niet voor deze indicatie te gebruiken, zeker ook gezien de mogelijke andere bijwerkingen, zoals extrapyramidale stoornissen.

SSRI's

Aanbevelingen:

Effectiviteit

SSRI paroxetine is een in de farmacotherapie van GAS goed te gebruiken middel. In verband met de bijwerkingen wordt uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling geadviseerd.

Dosering

De SSRI paroxetine wordt gedurende zes weken laag gedoseerd 20 mg, bij onvoldoende effect kan de dosering verder verhoogd worden tot de maximale dosering.

Lange termijn

Nadat de SSRI zes weken na instellen effectief gebleken is, wordt de patiënt minimaal een half tot één jaar doorbehandeld. Bij afbouw dienen onttrekkingsverschijnselen of symptomen van een recidief goed in de gaten gehouden te worden. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw vertragen; bij recidiveren: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van GAS waren en langdurig doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Van de vijf SSRI's is alleen paroxetine op dubbelblind placebogecontroleerde wijze onderzocht en effectief bevonden bij de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en effectiever dan placebo (1,2). Met een behandeling met paroxetine verbetert ongeveer 60% van de patiënten klinisch relevant, ruim 35% komt in remissie in 8 weken behandeling. Het effect is te evalueren na 6 weken behandeling. Onder invloed van de paroxetine vermindert het piekeren en verminderen de autonome angstsymptomen zoals gespannenheid, slaapproblemen en spierspanningsklachten. Ongeveer 10% van de patiënten valt voortijdig uit vanwege bijwerkingen. Frequent (tot 30%) voorkomende voorbijgaande bijwerkingen zijn: misselijkheid, constipatie, hoofdpijn, slaperigheid. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosisafhankelijk en volledig reversibel na staken van het middel. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn.

De SSRI's citalopram, fluoxetine, fluvoxamine en sertraline zijn niet op placebogecontroleerde wijze in GAS onderzocht. Gezien hun effectiviteit bij de andere angststoornissen mag ook effectiviteit voor deze indicatie verwacht worden. Vooral snog ontbreekt echter de onderbouwing hiervoor.

Dosering

Er is één gecontroleerde dosis-effect studie verricht met de SSRI paroxetine (1). Uit dit onderzoek blijkt dat zowel de 20 mg als 40 mg dosering significant effectiever is dan placebo. Tussen de groepen met lagere en hogere dosering paroxetine worden geen significante verschillen gevonden wat betreft effectiviteit en evenmin wat betreft bijwerkingen.

Lange termijn

De SSRI paroxetine is op de lange termijn op effectiviteit onderzocht, de resultaten hiervan zijn alleen nog als poster beschikbaar (1). In het beschreven onderzoek worden patiënten na een enkele blinde periode van 8 weken verder gedurende 24 weken dubbelblind vervolgd. De gebruikte dosering is 20 tot 50 mg. Na de initiële fase behandeling van 8 weken blijkt 43% van de patiënten remissie bereikt te hebben, dit neemt verder toe tot 73% aan het eind van de 24 weken periode. Het percentage terugval in deze fase is 11% en verschilt significant van placebo. De oorspronkelijke dosering van de initiële fase werd gecontinueerd. De tolerabiliteit in de vervolgerperiode verminderde niet.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	De SSRI paroxetine is veilig en effectief bij de behandeling van GAS. Paroxetine wordt in het algemeen goed getolereerd, door bijwerkingen valt ongeveer 10% van de behandelde patiënten voortijdig uit. A2 Pollack et al ²⁸⁹ ; A2 Bellew et al ⁴¹
-----------------	---

Dosering

Niveau 3	De effectieve dosering van paroxetine is 20-40 mg per dag. A2 Bellew et al ⁴¹
-----------------	---

Lange termijn

Niveau 3	De SSRI paroxetine blijft effectief op lange termijn, de effectiviteit neemt na de initiële fase verder toe. A2 Stocchi et al ³³⁸
-----------------	---

Overige overwegingen:

Dosering

Aangezien er geen verschil is tussen de 20 en 40 mg dosering kan worden afgeleid dat gestart moet worden met de laagste dosering. Wanneer na 6 weken behandeling geen of een beperkt effect geobserveerd wordt en het middel goed wordt verdragen, wordt de dosering verder verhoogd tot 40 mg. In het algemeen kan de effectiviteit bij GAS na 6 weken na de start worden geëvalueerd. De effectiviteit van paroxetine is onderzocht in doseringen tot 50 mg. Wanneer 40 mg onvoldoende is zou dus nog verder verhoogd kunnen worden (2).

Lange termijn

De SSRI paroxetine blijft bij langdurig gebruik effectief, mogelijk geldt dit ook voor de andere SSRI's. Het is niet duidelijk of een initieel hogere dosering na enige tijd verlaagd kan worden, met behoud van effectiviteit. Een verlaging in de vervolgperiode is te overwegen, waarbij na iedere stap mogelijke onthoudingsverschijnselen of recidief symptomen geobserveerd dienen te worden.

Bij afbouwen van een SSRI kunnen onthoudingsverschijnselen optreden zoals angst, gespannenheid, duizeligheid en tremoren, paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen. Deze dienen onderscheiden te worden van die van een recidief GAS. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw vertragen; bij recidiveren van GAS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van GAS waren, en langer doorbehandelen.

Ondanks het optreden van SSRI-onthoudingsverschijnselen bij te snel afbouwen spreekt men bij de SSRI's niet van gewenning en verslaving omdat, in tegenstelling tot b.v. de benzodiazepinen, bij de SSRI's geen sprake is van psychische afhankelijkheid.

Moderne antidepressiva: venlafaxine

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Venlafaxine met gereguleerde afgifte is effectief in de farmacotherapie van GAS. De werkgroep beveelt als startdosering 75 mg van het XR preparaat aan. Het middel wordt in het algemeen goed verdragen. Uitleg over de bijwerkingen die met name in initiële fase van behandeling optreden is zinvol om uitval te voorkomen.

Dosering

Venlafaxine mga. wordt gedurende vier weken laag gedoseerd. Bij nonrespons en goede tolerantie wordt de dosering daarna stapsgewijs verhoogd tot een effectieve dosering. De effectiviteit wordt 6 weken na het starten met de medicatie geëvalueerd.

Lange termijn

Nadat venlafaxine 6 weken na instellen effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld, minimaal een half tot één jaar. Mogelijk kan de dagdosering in deze vervolgfase stapsgewijs worden verlaagd, met name wanneer er sprake is van hinderlijke bijwerkingen. Bij deze vermindering dient eventuele terugval goed in de gaten gehouden te worden. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen. Deze dienen onderscheiden te worden van een recidief GAS. Bij onthoudingsverschijnselen is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de vermindering vertragen; bij recidiveren van GAS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van GAS waren en langdurig doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In dubbelblinde placebogecontroleerde studies is de werkzaamheid van venlafaxine met gereguleerde afgifte (mga, =XR) bij GAS aangetoond. Het betreft twee acht weken durende studies (1,2) en twee zes maanden durende studies (3,4). Behandeling met venlafaxine mga. leidt tot een vermindering van angst, de psychische verschijnselen alsook de lichamelijke verschijnselen van GAS. In het algemeen kan het therapeutisch effect reeds binnen twee weken geobserveerd worden. Ongeveer 70% van de patiënten heeft baat bij de medicatie. Er zijn geen meta-analyses beschikbaar.

Venlafaxine mga. wordt over het algemeen redelijk tot goed verdragen. De uitval vanwege bijwerkingen in studies is tot 23%. Frequent voorkomende bijwerkingen zijn: misselijkheid, duizeligheid, transpireren, slaapstoornissen of slaperigheid, diarree. Bij een kleine groep kan bloeddrukstijging optreden. De bijwerkingen zijn in het algemeen het meest heftig in de initiële fase van de behandeling en nemen daarna geleidelijk af.

Er zijn geen vergelijkende studies van venlafaxine versus een SSRI beschikbaar. Er is één vergelijkende dubbelblinde placebogecontroleerde studie met buspiron (2) waarin de effectiviteit van venlafaxine en buspiron vrijwel gelijk zijn tot een trend voor grotere effectiviteit van venlafaxine op subschalen.

Dosering

De meeste eerder genoemde studies zijn 'flexible dose' studies waarbij doseringen van 75, 150 en 125 mg gebruikt zijn. Uit deze studies blijken alle doseringen significant effectiever dan placebo (1,2,3). In de enige 'fixed dose' studie zijn de volgende doseringen gebruikt: 37.5, 75 en 150 mg. Bij acht weken bleken bij de hogere doseringen 75 en 150 mg significant effectiever dan placebo, bij week 24 gold dit ook voor de 37.5 mg dosering. Over het geheel bleek de hogere dosering effectiever dan de lagere dosering. Verder bleek dat het effect op de angstsymptomen bij 150 mg bij week 1 en 2 reeds gesignaleerd kon worden, bij 37.5 mg en 75 mg was dit vanaf week 2 en 3. De frequentie van bijwerkingen verschilt voor de doseringen niet.

Lange termijn

Venlafaxine mga. is in twee studies gedurende 24 (1) en 28 weken (2) onderzocht. In deze onderzoeksperiode blijft het middel effectief en worden geen nieuwe bijwerkingen gevonden. Het initiële effect blijkt zich verder voort te zetten. De bijwerkingen gedurende de initiële fase van de behandeling verminderen tijdens de lange termijn behandeling.

Er is geen onderzoek verricht waarbij gedurende de vervolgbehandeling de oorspronkelijke dagdosering gereduceerd werd.

Het percentage responders gedurende vervolgfase nam verder toe vergeleken met de initiële fase, dit gold in geringe mate ook voor de 37.5 mg.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Venlafaxine met gereguleerde afgifte (XR) is effectief bij de behandeling van GAS. Het effect van de behandeling kan in het algemeen al binnen twee weken gesignaleerd worden.</p> <p>A2 Rickels et al³⁰⁰ ; A2 Davidson et al⁹⁶ ; A2 Gelenberg et al¹⁴⁰ ; A2 Allgulander et al⁵</p>
-----------------	--

Dosering

Niveau 1	<p>De effectieve dosering voor venlafaxine is 37.5 tot 150 mg, eventueel tot 225 mg per dag. Er is een tendens dat de hogere doseringen effectiever zijn en sneller effect sorteren dan de lage dosis van 37.5 mg.</p> <p>A2 Allgulander et al⁵ ; A2 Rickels et al³⁰⁰ ; A2 Davidson et al⁹⁶ ; A2 Gelenberg et al¹⁴⁰</p>
-----------------	---

Lange termijn

Niveau 1	Venlafaxine mga. blijft effectief op lange termijn. A2 Allgulander et al ⁵ ; A2 Gelenberg et al ¹⁴⁰
-----------------	--

Overige overwegingen:

Dosering

Geconcludeerd kan worden dat de effectieve dosering voor venlafaxine mga. bij GAS ligt tussen 37.5 en 150 mg. Omdat als laagste dosering de venlafaxine 75 mg XR tabletten op de markt zijn en niet de 37,5 mg XR wordt de 75 mg XR als start- (en effectieve) dosering geadviseerd. Een mogelijk bij sommige patiënten al wel effectieve 1x daagse dosering van 37,5 mg wordt niet geadviseerd in verband met de korte halfwaardetijd waardoor schommelingen in de bloedspiegel kunnen optreden met potentiële bijwerkingen en vermindering van de effectiviteit.

Wanneer na vier weken geen effect bemerkt wordt en het middel goed verdragen wordt, wordt de dosering stapsgewijs verder verhoogd tot uiteindelijke effectiviteit. De geadviseerde startdosering is 75 mg, streefdosering 75 tot 150 mg, maximale dosering 225 mg per dag. Uit de praktijk blijkt dat het zinvol kan zijn om langer door te behandelen alvorens te beoordelen of het middel effectief is.

Lange termijn

Venlafaxine mga. blijft bij langdurig gebruik bij GAS effectief. Of in de vervolgbehandelfase een verlaging van de dagdosering mogelijk is, is niet duidelijk maar is zeker te overwegen wanneer er klachten zijn van bijwerkingen. Gepoogd kan worden te verlagen tot een minimale onderhoudsdosering. Het is vooralsnog onduidelijk hoelang venlafaxine mga. doorgebruikt dient te worden. Op basis van klinische ervaring wordt een behandelduur van een half tot één jaar geadviseerd, bij recidiveren na afbouw is een langduriger onderhoudsbehandeling geïndiceerd. Bij afbouwen van venlafaxine mga. kunnen onthoudingsverschijnselen optreden zoals misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, zweten en slaapstoornissen. Deze verschijnselen treden in het algemeen binnen drie dagen na stoppen op. Om deze verschijnselen te vermijden wordt dan ook een geleidelijke afbouw geadviseerd. De onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van een recidief GAS. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van GAS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van GAS waren en langer doorbehandelen.

Ondanks het optreden van onthoudingsverschijnselen bij venlafaxine mga. bij te snel afbouwen spreekt men niet van gewenning en verslaving, omdat, in tegenstelling tot b.v. de benzodiazepinen, bij venlafaxine geen sprake is van psychische afhankelijkheid.

Tricyclische antidepressiva (TCA): imipramine

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Imipramine is effectief in de farmacotherapie van GAS. Aangezien imipramine in vergelijking met paroxetine en venlafaxine minder goed verdragen wordt zal er mogelijk meer uitval zijn door bijwerkingen. Imipramine is minder veilig dan de paroxetine en venlafaxine. Hieruit volgt dat eerst behandeld moet worden met een van beide andere middelen. Pas bij gebleken ineffectiviteit of intolerantie voor paroxetine of venlafaxine wordt imipramine voorgeschreven.

Dosering

Imipramine wordt langzaam ingeslopen om bijwerkingen te beperken. Wanneer na twee weken de streefdosering is bereikt kan vervolgens per vier weken het effect geëvalueerd worden. Voorlichting over bijwerkingen kunnen helpen om de patiënt de behandeling vol te laten houden. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan streefdosering al voldoende effectief zijn.

Lange termijn

Nadat de TCA imipramine na vier weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De

dagdosering wordt in eerste instantie een half jaar tot een jaar gehandhaafd en kan zonodig worden verlaagd. Dit gebeurt in stappen van twee tot drie maanden waarbij een eventuele terugval goed in de gaten gehouden wordt, evenals mogelijke onthoudingsverschijnselen. Bij het laatste is het beleid uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen, bij recidiveren van de GAS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Van de TCA's is alleen imipramine onderzocht, in een drietal vergelijkende studies waarvan er een placebogecontroleerd is. In deze laatste studie (1) is imipramine vergeleken met trazodon, diazepam en placebo. Beide antidepressiva blijken effectief, met name na de tweede week van behandeling. In de eerste twee weken is diazepam het meest effectief, met name wat betreft respons op somatische symptomen en die van hyperarousal. In een andere studie wordt imipramine vergeleken met de SSRI paroxetine versus de benzodiazepine diazepam (2). Ook in deze studie blijken de beide antidepressiva effectiever dan diazepam. Het sorteert met name effect op de psychische angstverschijnselen. In de eerste twee weken van behandeling is diazepam effectiever dan imipramine en paroxetine waarbij met name een vermindering van de somatische angstequivalenten gezien wordt. In de oudste studie (3) wordt imipramine vergeleken met alprazolam waarbij beide middelen een verbetering geven reeds in de eerste twee weken van behandeling. Ook hier geeft imipramine met name een vermindering van de psychische angstsymptomatologie terwijl alprazolam dit doet op de lichamelijke angstverschijnselen.

Dosering

Bij de TCA imipramine is geen dosiseffectstudie verricht. De geadviseerde dosering is op basis van de studies en klinische ervaring. Evenmin is onderzocht of er een relatie is tussen plasmaspiegel en effectiviteit.

Lange termijn

Er is noch placebogecontroleerd noch open onderzoek verricht met een TCA bij GAS. Op basis van klinische ervaring, en het onderzoek en de ervaring bij andere antidepressiva, zoals paroxetine en venlafaxine, mag verwacht worden dat imipramine ook op lange termijn effectief blijft. Mogelijk is dat sommige patiënten op de lange termijn met een lagere dosering uit kunnen komen. Dit wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van imipramine stapsgewijs te verlagen en het effect van deze verlaging na twee tot drie maanden te evalueren. Wanneer de klachten van patiënt in remissie zijn gebleven na de verlaging kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Bij een deel van de patiënten blijkt een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk. Bij afbouw van een TCA kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, die kunnen lijken op de symptomen van GAS zoals gespannenheid, duizeligheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van die van een recidief van de GAS. Bij de eerste is het beleid uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw vertragen, bij recidiveren van de GAS is het beleid weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	De TCA imipramine is effectief bij de behandeling van GAS. De effectiviteit wordt in het algemeen vanaf de tweede week gezien en betreft dan met name de vermindering van de psychische angstverschijnselen. A2 Rickels et al ²⁹⁹ ; A2 Rocca et al ³⁰³ ; A2 Hoehn-Saric et al ¹⁶⁹
-----------------	---

Dosering

Niveau 1	Er is geen systematisch onderzoek verricht naar dosisrespons relatie. De geadviseerde dosering van 150 mg is op basis van effectiviteitstudies en klinische ervaring. Mogelijk kunnen ook
-----------------	---

lagere doseringen in individuele patiënten effectief zijn.

A2 Rickels et al²⁹⁹ ; A2 Rocca et al³⁰³ ; A2 Hoehn-Saric et al¹⁶⁹

Overige overwegingen:

Effectiviteit

De overige TCA's zijn niet onderzocht wat betreft effectiviteit bij GAS. Gezien de effectiviteit van de SSRI paroxetine en venlafaxine bij deze aandoening alsook van trazodon is te verwachten dat ook andere TCA's met met name serotonerge werking effectief zijn.

TCA's worden over het algemeen minder goed verdragen dan b.v. de SSRI's en zijn onveilig bij overdosering (cardiale toxiciteit). Frequent voorkomende bijwerkingen zijn: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urineretentie en reactietijdvertraging. Een deel hiervan, zoals de sufheid en de hartkloppingen, is van voorbijgaande aard. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn dosis afhankelijk en reversibel na staken van het middel. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn. Bijwerkingen kunnen vroegtijdige uitval induceren. Goede voorlichting vooraf en langzame opbouw van de medicatie kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Dosering

Bij de TCA imipramine is geen dosiseffectonderzoek verricht zodat de effectieve doseringen worden afgeleid uit placebogecontroleerd cq vergelijkend onderzoek en klinische ervaring. Gestart dient te worden met de laagste dosering. In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen in de beginfase te verminderen. Meestal lukt het de patiënt in twee weken op een streefdosering in te stellen. Bij bijwerkingen kan langzamer opgebouwd worden. De effectiviteit kan na 6 weken worden geëvalueerd. De klinische ervaring wijst uit dat bij een deel van de patiënten een lagere dosering dan de streefdosering ook al voldoende kan zijn. Wanneer het middel goed wordt verdragen maar onvoldoende effectief is, wordt de dosering verhoogd tot de maximale dosis.

De start-, streef- en maximale dosering van imipramine per dag bij GAS is 25 mg, 100-150 mg, en 300 mg.

Buspiron

Aanbevelingen:

Effectiviteit, dosering

Buspiron is effectief bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis. Vergeleken met benzodiazepinen is er iets meer effect op psychische angstsymptomen dan de somatische. De te adviseren dosering is 30 mg per dag, bij onvoldoende effectiviteit zonodig na 6 weken te verhogen tot maximaal 60 mg per dag. Vergelijkende studies met SSRI's of andere antidepressiva ontbreken. Op basis van klinische ervaring imponeert de effectiviteit niet duidelijk meer dan die van de antidepressiva. Buspiron wordt in het algemeen goed getolereerd.

Lange termijn

Nadat buspiron na vier weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig in ieder geval een jaar doorbehandeld. De dagdosering kan zonodig worden verlaagd tot 15-30 mg. Bij recidiveren van de GAS bij afbouwen is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit, dosering

De effectiviteit van de 5-HT-1A agonist buspiron als anxiolyticum is in diverse studies onderzocht van welke tenminste vijftien op dubbelblind placebogecontroleerde wijze. Een deel van deze studies zijn wat oudere studies waarin de diagnostische criteria niet geheel overeenkomen met die zoals die tegenwoordig voor GAS gebruikt worden. In een deel van de studies wordt buspiron vergeleken met benzodiazepinen zoals diazepam,

chlorazepaat, alprazolam, lorazepam en oxazepam. De gemiddelde dosering van buspiron in de studies varieert van 7.5 tot 60 mg per dag. Buspiron is globaal genomen even effectief als diazepam (1, 2, 3, 4). In vijf van de vijftien placebogecontroleerde studies is buspiron niet effectiever dan placebo na vier tot zes weken behandeling. In vier van de elf placebogecontroleerde studies die buspiron vergelijken met een benzodiazepine tonen twee geen voordeel van diazepam en buspiron boven placebo en twee niet van buspiron over placebo. In de overige studies tonen benzodiazepinen in het algemeen een respons na een tot twee weken, terwijl buspiron dat doet na twee tot drie weken behandeling. Wat betreft vermindering van psychische angst is er geen verschil tussen buspiron en het benzodiazepine, wat betreft de somatische angstverschijnselen is het benzodiazepine iets meer effectief.

Bij patiënten die langdurig benzodiazepinen gebruikt hebben is het effect van buspiron minder (5).

Buspiron wordt in het algemeen, na initiële bijwerkingen, goed getolereerd. De meest gerapporteerde bijwerkingen van buspiron zijn duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, hoofdpijn, misselijkheid, diarree. In tegenstelling tot benzodiazepinen heeft buspiron geen sederende of verslavende effecten, zijn er geen negatieve effecten op rijgedrag, geen onttrekkingsverschijnselen bij staken van de buspiron en geen potentiërende effecten op alcohol.

De minimaal effectieve dosering is 30 mg per dag, zonodig kan na vier weken verhoogd worden tot maximaal 60 mg per dag.

Lange termijn

Er zijn twee open lange termijn studies verricht van 1 jaar bij in totaal enkele honderden patiënten (1, 2). Hieruit blijkt dat de verbetering op buspiron zich verder voortzet ook na 3 maanden behandeling. De meest gebruikte dosering in de lange termijnstudies is 15-30 mg, deze doseringen worden goed verdragen.

Conclusies:

Effectiviteit, dosering

Niveau 1	<p>Buspiron is effectief bij de behandeling van GAS in een dosering van 30 tot 50 mg per dag. Effectiviteit is pas na 3-4 weken te beoordelen. Mogelijk heeft buspiron iets meer effect op de psychische angstverschijnselen dan op de somatische.</p> <p>A2 Cohn et al⁷⁴ ; A2 Pecknold et al²⁷⁷ ; A2 Enkelman¹¹⁹ ; A2 Baghai et al²⁰ ; A2 Olajide & Lader²⁶²</p>
-----------------	--

Lange termijn

Niveau 3	<p>Buspiron blijft ook bij doorbehandeling effectief in een dosering van 15-30 mg.</p> <p>C Feighner¹²⁸ ; C Rakel²⁹³</p>
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit, dosering

Alhoewel buspiron even effectief blijkt als benzodiazepinen bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis en geen sederende, potentiërende en verslavende effecten heeft, i.t.t. de benzodiazepinen, wordt het middel in Nederland relatief weinig voorgeschreven voor deze indicatie.

Benzodiazepinen

Aanbevelingen:

Effectiviteit

De benzodiazepinen alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam zijn effectief in de farmacotherapie van GAS. Vanwege de bijwerkingen en het risico van afhankelijkheid zijn deze middelen niet eerste keuze en

dienen ze na paroxetine/venlafaxine en eventueel buspiron gegeven te worden. De patiënt dient over de bijwerkingen en het risico van afhankelijkheid uitgebreid geïnformeerd te worden door de arts. Het lijkt zinnig voordat benzodiazepinen worden gegeven eerst cognitieve gedragstherapie te proberen.

Lange termijn

Nadat benzodiazepinen effectief gebleken zijn wordt de patiënt gedurende een half jaar tot een jaar doorbehandeld. De dagdosering wordt zo mogelijk verminderd. Bij het verminderen dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor onthoudingsverschijnselen en dient men alert te zijn op een terugval. Bij terugval is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van GAS waren en langer doorbehandelen, bij onthoudingsverschijnselen: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Diverse benzodiazepinen waaronder alprazolam, diazepam en lorazepam zijn effectief bevonden in placebogecontroleerd onderzoek (1-8). Ongeveer 70 tot 80 % ervaart een duidelijke vermindering van de angstsymptomen waarbij de effecten op de somatische angstequivalenten het meest op de voorgrond staan. Benzodiazepinen hebben minder effect op het piekeren, rumineren en de psychische angst. In het algemeen treedt het effect snel op, binnen een dag tot twee weken (i.t.t. buspiron en de antidepressiva waarbij het effect enige weken op zich kan laten wachten).

Benzodiazepinen worden over het algemeen goed verdragen en zijn veilig in gebruik. Er is weinig uitval vanwege bijwerkingen. De meest voorkomende voorbijgaande bijwerking is sufheid. Bij langer gebruik zijn de bijwerkingen reactietijdvertraging, cognitieve stoornissen (ook anterograde amnesie) en zowel lichamelijke als psychische afhankelijkheid. Benzodiazepinen hebben ook euforiserende effecten hetgeen het risico van misbruik vergroot. Bij oudere patiënten is er een risico op toegenomen valneiging. Benzodiazepinen versterken de effecten van alcohol, en omgekeerd versterkt alcohol de effecten van de benzodiazepinen, en andere sedativa. Ook kan de combinatie met alcohol een duidelijke anterograde amnesie induceren. Weinig frequent voorkomende bijwerkingen zijn woede-uitbarstingen, dysforie en disinhibitie, met name bij patiënten met pre-existente cognitieve stoornissen.

Voor zover er vergelijkend onderzoek gedaan is, is er geen duidelijk verschil tussen de diverse benzodiazepinen. In vergelijking met antidepressiva en buspiron hebben deze meer effect op de psychische angstequivalenten en werken zij wat trager vergeleken met benzodiazepinen die meer effect hebben op de somatische verschijnselen van angst en in het algemeen snel, d.w.z. binnen 1 tot 2 weken, effectief zijn (9).

Dosering

Er zijn geen dosis-effect studies verricht.

Lange termijn

Ook op termijn blijven benzodiazepinen effectief bij de behandeling van GAS. Verder blijkt er geen duidelijke tolerantie op te treden voor het anxiolytische effect van het benzodiazepine (1, 2). Wanneer er wel tolerantie optreedt is dit in het algemeen voor de euforiserende effecten. Sommige patiënten kunnen de initiële dagdosering verlagen met behoud van het effect. Bij stoppen van het benzodiazepine is er kans op terugval (3).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	De benzodiazepine alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam zijn effectief bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis. Er is geen duidelijk verschil in effectiviteit tussen deze middelen. Vergeleken met de antidepressiva en buspiron treedt het effect van de benzodiazepinen sneller op en is de effectiviteit meer gericht op de somatische angstverschijnselen. De benzodiazepinen zijn relatief veilig. Belangrijke nadelen zijn de bijwerkingen op het cognitief functioneren en het risico op afhankelijkheid.
-----------------	---

Cohn & Wilcox⁷⁵; Cutler et al⁸⁷; Ellie & Lamontagne¹¹⁰; Goldberg & Finnerty¹⁴⁶; Rickels et al²⁹⁸; Rickels et al³⁰¹; Ruiz Strand et al³⁰⁸

Lange termijn

Niveau 3	De benzodiazepinen blijven effectief op lange termijn. Na stoppen is er kans op terugval A2 Cohn en Wilcox ⁷⁵
-----------------	---

Overige overwegingen:

Dosering

In de klinische praktijk blijkt dat benzodiazepinen moet worden ingeslopen om bijwerkingen zoals sedatie te voorkomen of verminderen. Benzodiazepinen zijn in het algemeen snel binnen een tot twee weken effectief. De aanbevolen doseringen van de middelen zijn afgeleid uit aanwezig placebogecontroleerd onderzoek en klinische ervaring. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de aanbevolen dagdosering al effectief zijn.

De start- en streefdoseringen per dag voor de benzodiazepinen zijn:

Alprazolam	1.5 mg	4-6 mg
Diazepam	5 mg	40 mg
Lorazepam	1 mg	2-4 mg

Lange termijn

Op basis van klinische ervaring zou overwogen kunnen worden na een half jaar tot een jaar de dosering te verminderen. Ook blijkt hier dat sommige patiënten op de lange termijn met een lagere dosering uit kunnen komen. Bij afbouwen van het benzodiazepine kunnen onthoudingsverschijnselen optreden: psychologische verschijnselen van angst zoals geprikkeldheid, slaapproblemen en dysforie, lichamelijke angstverschijnselen zoals hartkloppingen, duizeligheid, transpireren en spierkrampen, stoornissen in de zintuiglijke waarneming zoals overgevoeligheid voor licht en geluid, depersonalisatie, metaalsmaak. Bij zeer snel afbouwen kunnen epileptische aanvallen geïnduceerd worden. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van die van een recidief van de GAS. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw vertragen; bij recidiveren van de GAS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie

Richtlijntekst:

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit een voorkeur te bestaan voor de antidepressiva of buspiron wanneer het gaat om vermindering van de psychische angstverschijnselen, en een voorkeur voor de benzodiazepinen wanneer het alleen om een vermindering van de lichamelijke verschijnselen van angst gaat. Op grond van de tolerabiliteit kan wel een voorkeur aangegeven worden waarbij de moderne antidepressiva en buspiron eerste keuze preparaat zijn, gevolgd door een TCA en tenslotte, gezien de bijwerkingen en risico's van verslaving, door een benzodiazepine. Aangezien de keuze voor paroxetine of imipramine mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor paroxetine en kan de behandeling gestart worden met imipramine, venlafaxine en buspiron als eerste keuze preparaat, gevolgd door paroxetine en tenslotte door een benzodiazepine. Verdere overwegingen bij de keuze kunnen zijn: psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt (bijvoorbeeld eerder een depressie gehad => eerste keuze antidepressivum en niet buspiron), bijwerkingenprofiel, behandelervaring, etc.

De werkgroep adviseert dan ook de volgende stappen volgorde:

- stap 1) venlafaxine/paroxetine/buspiron

- stap 2) paroxetine/buspiron/venlafaxine
- stap 3) buspiron/venlafaxine/paroxetine
- stap 4) TCA (imipramine)
- stap 5) een benzodiazepine

Psychologische interventies

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor de literatuur is gezocht in: National Library of Medicine (Medline) en Psychological Abstracts (Psychinfo). Er is gezocht met de steekwoorden: general anxiety disorder, psychotherapy, cognitive behaviour therapy, review, meta-analysis en RCT. Waar nodig is gebruik gemaakt van aanvullende, niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

Vergeleken met de meeste andere angststoornissen bestaan er betrekkelijk weinig onderzoeksgegevens over psychologische interventies bij GAS (⁸³). Toch is een drietal reviews en meta analyses verschenen: Chambless & Gillis (⁶⁶), Borkovec & Whisman (⁴⁸), Gould et al. (¹⁵⁰). Hieruit blijkt dat cognitieve gedragstherapie de meest effectieve psychologische interventie is bij de behandeling van GAS. Hoewel zowel een kortdurende psychoanalytische als een kortdurende non-directieve interventie enig effect bleken te hebben in vergelijkende studies met cognitief-gedrags-therapeutische interventies, waren de effecten van de cognitief-gedrags-therapeutische interventies aanzienlijk groter (^{105 49 50 51}). Hoewel veel interventies die 'gedragstherapeutisch' worden genoemd ook herkenbare cognitieve elementen bevatten en andersom, worden hieronder zoveel mogelijk de resultaten van de technieken afzonderlijk weergegeven.

Cognitieve therapie

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Cognitieve therapie is, voor de korte termijn, één van de psychologische interventies van voorkeur bij de behandeling van GAS.

Wijze en duur van toepassing

Bij de cognitieve behandeling van GAS moet, vanwege kosteneffectiviteit, in eerste instantie een groepsbehandeling worden overwogen.

Duurzaamheid

Gezien de betere lange termijn effecten van cognitieve therapie ten opzichte van exposure en gezien de minder breed onderbouwde effectiviteit van applied relaxation ten opzichte van cognitieve therapie moet cognitieve therapie als een eerste keuze psychologische behandeling worden beschouwd voor GAS.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In de verschillende overzichten komt cognitieve therapie als een effectieve behandelmethod naar voren (^{66 48 150}). Durham en Turvey (1987) vergeleken cognitieve therapie met gedragstherapie. De gedragstherapie bestond uit exposure in vivo en responspreventie. Beiden bleken effectieve behandelmethoden voor GAS. Op de nameting waren beide behandelingen even effectief, maar op de follow-up na zes maanden bleek cognitieve therapie het beter te doen dan gedragstherapie. Butler e.a. (⁶⁴) vergeleken cognitieve therapie met gedragstherapie en vonden eveneens dat beiden effectief waren, maar cognitieve therapie was effectiever

dan gedragstherapie.

Wijze en duur van toepassing

Cognitieve therapie bij GAS bestaat doorgaans uit een aantal met elkaar samenhangende en op elkaar aansluitende elementen. Omdat sommige elementen soms meer en soms minder zijn vertegenwoordigd, worden hieronder de meest gangbare genoemd ([11](#) [371](#) [372](#)).

Cognitieve therapie bij GAS is, net al bij andere angststoornissen, gericht op de identificatie en de bijstelling van disfunctionele cognities. Met name wordt daarbij aandacht besteed aan de neiging van GAS-patiënten de kans op gevaar te overschatten en de ernst van mogelijke 'rampen' te overschatten, terwijl de eigen mogelijkheden om daarmee om te gaan worden onderschat. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van verbale uitdaging ('Socratische dialoog') en gedragsexperimenten. Voorts wordt gepoogd het voor GAS zo kenmerkende piekeren en tobben te verminderen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van 'worry-exposure' (het uitdenken van de mogelijke rampen en het genereren van een meer realistische visie daarop) en - onder invloed van de ideeën van A. Wells - de identificatie en bijstelling van zogenaamde 'meta-cognities: opvattingen over de eigen gedachten en het eigen gedrag (waaronder het piekeren zelf). Gedragsexperimenten spelen hierbij een centrale rol.

Cognitieve therapie bij GAS kan zowel in een individueel als in een groepsformat worden gegeven. De behandelduur bedraagt gemiddeld zo tussen de tien en dertien sessies ([150](#) [83](#)).

Duurzaamheid

De lange termijn effecten van cognitieve behandelingen zijn positief. In de studies van Durham en Turvey (1987) en Borkovec en Costello ([49](#)) bleek bij de follow up van respectievelijk 6 en 12 maanden geen terugval. Uit het onderzoek van Öst en Breitholtz ([267](#)) blijkt dat er bij een follow-up na 1 jaar geen terugval is bij de behandeling met cognitieve therapie.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Het is aangetoond dat cognitieve therapie effectief is bij de behandeling van GAS. A1 Gould et al, 1997 ¹⁵⁰ ; A1 Chambless & Gillis, 1993 ⁶⁶ ; A1 Borkovec & Whisman; 1996 ⁴⁸ ; A2 Durham et al, 1994 ¹⁰⁵ ; A2 Butler et al, 1991 ⁶⁴
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	Het is aangetoond dat cognitieve therapie bij GAS een relatief kortdurende therapie is die zowel in individueel als in groepsformat kan worden gegeven A1 Gould et al., 1997 ¹⁵⁰
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 1	Het is aangetoond dat cognitieve therapie bij GAS ook op de langere termijn effectief is. A2 Durham & Turvey, 1987; Borkovec & Costello, 1993 ⁴⁹ ; Öst & Breitholtz, 2000 ²⁶⁷
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Cognitieve therapie is een methode die door patiënten doorgaans goed wordt geaccepteerd en die door veel behandelaars adequaat kan worden uitgevoerd. Het gemiddelde dropout percentage ligt tussen de tien en

dertien procent (¹⁵⁰ ⁸³). Over het algemeen zijn cognitieve interventies iets effectiever dan zuiver gedragstherapeutische (⁸³).

Wijze en duur van toepassing

Omdat een groepsformat waarschijnlijk kosteneffectiever is dan behandeling in een individuele setting wordt geadviseerd om bij de cognitieve behandeling van GAS in eerste instantie een groepsbehandeling te overwegen.

Duurzaamheid

De lange termijn effecten van cognitieve therapie lijken beter te zijn dan die van exposure en vergelijkbaar met die van applied relaxation (²⁶⁷). Ze waren beter dan die van exposure (Durham & Turvey, 1987; ⁴⁹).

Exposure in vivo en imaginaire exposure

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Na, of in combinatie met cognitieve therapie is exposure de meest aangewezen psychologische interventie bij GAS.

Wijze en duur van toepassing

Bij de exposure behandeling van GAS moet, vanwege kosteneffectiviteit, in eerste instantie een groepsbehandeling worden overwogen.

Duurzaamheid

Gezien de wat mindere lange termijn effecten van exposure ten opzichte van cognitieve therapie moet cognitieve therapie bij GAS de voorkeur verdienen boven exposure.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Piekeren' is naast de verhoogde arousal het meest centrale symptoom van GAS. In sommige exposure behandelingen worden patiënten rechtstreeks, langs imaginaire weg, blootgesteld aan hun piekerthema's, in andere exposure behandelingen worden zij blootgesteld aan concrete 'cue's' die het gepieker uitlokken (⁶⁰). In de verschillende overzichten komen de verschillende varianten van exposure bij GAS als een effectieve behandelingsmethode naar voren (⁶⁶ ⁴⁸ ¹⁵⁰).

Wijze en duur van toepassing

Aan de hand van een angsthiërarchie worden angstwekkende situaties opgezocht. Dit kunnen concrete prikkels zijn, maar ook de eigen zorgelijke gedachten ten aanzien van bepaalde onderwerpen. Door deze situaties niet te vermijden maar erbij te blijven stilstaan zal de patiënt ervaren dat de angst op den duur daalt en dat volgende keren dezelfde situatie minder angst zal oproepen. Het wordt daardoor steeds minder moeilijk de betreffende situaties de baas te kunnen. Aan blootstelling kan responspreventie worden toegevoegd: het stapsgewijs nalaten van gedrag dat geruststelling of angstreductie geeft (veiligheidsgedrag).

Exposure bij GAS kan zowel in een individueel als in een groepsformat worden gegeven. De behandelduur bedraagt gemiddeld zo tussen de tien en dertien sessies. De interventie kan goed worden gecombineerd met andere interventies (¹⁵⁰ ⁸³).

Duurzaamheid

De lange termijn effecten van exposure behandelingen lijken minder positief dan die van cognitieve therapie. In de studies van (¹⁰⁵) en (⁴⁹) bleek bij de follow-up van respectievelijk 6 en 12 maanden een achteruitgang te

zijn opgetreden ten opzichte van cognitieve therapie.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Het is aangetoond dat exposure effectief is bij de behandeling van GAS. A1 Gould et al (1997) ¹⁵⁰
-----------------	---

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	Het is aangetoond dat exposure bij GAS een relatief kortdurende therapie is die zowel in individueel als in groepsformat kan worden gegeven. A1 Gould et al, 1997 ¹⁵⁰
-----------------	---

Duurzaamheid

Niveau 1	Het is aangetoond dat de effectiviteit van exposure bij GAS op de langere termijn enigszins terugloopt. A2 Durham & Turvey, 1987 ¹⁰⁵ ; Borkovec & Costello, 1993 ⁴⁹
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit

In enkele directe vergelijkingen met cognitieve methodes bleek exposure doorgaans iets minder effectief te zijn (¹⁵⁰). Blootstelling aan angstwekkende situaties en gedachten is een behandellement dat echter deel uitmaakt van diverse andere interventies. De laatste jaren worden veel belovende samengestelde behandelingen voor GAS ontworpen en op effectiviteit getoetst waarin onder andere exposure plaatsvindt aan catastrofale imaginaties en gepieker (⁶⁰ ⁸³).

Wijze en duur van toepassing

Omdat een groepsformat waarschijnlijk kosteneffectiever is dan behandeling in een individuele setting wordt geadviseerd om bij de exposure behandeling van GAS in eerste instantie een groepsbehandeling te overwegen.

Duurzaamheid

De lange termijn effecten van cognitieve therapie waren beter dan die van exposure (¹⁰⁵ ⁴⁹).

Applied relaxation

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Applied relaxation kan worden toegepast bij GAS wanneer cognitieve therapie niet beschikbaar is of wanneer die behandeling om één of andere reden is gecontraïndiceerd.

Duur en wijze van toepassing

Applied relaxation kan in een kortdurend tijdbestek en in een individueel format bij GAS zinvol worden toegepast.

Duurzaamheid

Gezien de beter onderbouwde lange termijn effecten van cognitieve therapie ten opzichte van applied relaxation moet cognitieve therapie bij GAS de voorkeur verdienen boven applied relaxation.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Relaxatietraining in het algemeen blijkt redelijk effectief te zijn bij GAS (¹⁵¹). (⁴⁹) vergeleken cognitieve gedragstherapie met de specifieke soort relaxatie training die applied relaxation is en non-directieve therapie. Cognitieve gedragstherapie en applied relaxation bleken het beide beter te doen dan de non directieve therapie. (²⁶⁷) vergeleken cognitieve therapie met applied relaxation bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis. Beide behandelingen bleken zeer effectief en er was geen verschil tussen de behandelingen.

Duur en wijze van Toepassing

Applied relaxation is een coping en relaxatie techniek die door (²⁶⁸) is ontwikkeld en beschreven. Stapsgewijs leert een patiënt zich te ontspannen en dit uiteindelijk toe te passen in angstverwekkende situaties. De eerste stap is het aanleren van progressieve relaxatie, waarbij een patiënt leert spiergroepen aan te spannen en te ontspannen. De tweede stap is het ontspannen zonder aan te spannen. De volgende derde stap is het leren ontspannen met behulp van een woord (cue controlled relaxation), zoals 'rustig', 'ontspan' of 'laat los'. In de vierde stap van de training leert men dit te gebruiken in allerlei situaties, zodat het gevoel van ontspanning kan generaliseren naar verschillende situaties op verschillende levensgebieden. Bij de vijfde en laatste stap leert de patiënt de ontspanning toe te passen in de moeilijke situaties zelf. De behandeling beslaat doorgaans zo'n 12 sessies. Bij GAS is applied relaxation in een individueel format toegepast (²⁶⁷).

Duurzaamheid

Uit het onderzoek van (²⁶⁷) blijkt dat bij een follow-up na 1 jaar er geen terugval is bij de behandeling met applied relaxation.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Het is aangetoond dat Applied relaxation een effectieve behandelmethode is bij GAS. A2 Borkovec & Costello ⁴⁹ , 1993; Ost & Breitholtz, 2000 ²⁶⁷
-----------------	---

Duur en wijze van toepassing

Niveau 3	Het is aannemelijk dat 'applied relaxation' in een kort individueel format kan worden gegeven bij GAS. A2 Öst & Breitholtz, 2000 ²⁶⁷
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 3	Het is aannemelijk dat de effectiviteit van applied relaxation bij GAS op de langere termijn behouden blijft.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Applied relaxation is een methode die door patiënten doorgaans goed wordt verdragen en die door veel behandelaars adequaat kan worden uitgevoerd.

Duur en wijze van toepassing.

Applied relaxation kan bij verschillende psychische klachten en stoornissen worden toegepast.

Duurzaamheid

De lange termijn effecten van cognitieve therapie zijn beter gedocumenteerd dan die van applied relaxation (¹⁰⁵; ⁴⁹; ²⁶⁷).

Anxiety management training

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Hoewel de wetenschappelijke evidentie voor één specifieke anxiety management interventie betrekkelijk beperkt is, dienen diverse variaties van en elementen uit anxiety management te worden overwogen wanneer cognitieve therapie, exposure of applied relaxation afzonderlijk onvoldoende baat geeft.

Wijze en duur van behandelen

Waar zelfstandige interventies bij GAS niet of onvoldoende werkzaam blijken en/of wanneer een meer 'tailor-made' benadering is geïndiceerd, kan anxiety management een welkome aanvullende of alternatieve behandeling zijn.

Duurzaamheid

Gezien de beter bekende lange termijn effecten van cognitieve therapie en applied relaxation verdienen deze methodes de voorkeur boven anxiety management als mono-behandeling van eerste keuze.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In de studie van (¹⁰⁵) werd anxiety management vergeleken met cognitieve therapie en analytische therapie. De kortdurende analytische therapie bleek vermindering van de angstklachten te geven, maar anxiety management en cognitieve therapie waren beiden duidelijk effectiever dan de analytische therapie. In een andere studie werd een combinatie interventie toegepast die anxiety management training genoemd kan worden (³⁷). De inhoud ervan was echter weer enigszins anders dan bij Durham. Barlow's behandeling bleek wel effectief. Juist vanwege deze verschillende inhoud moeten beide resultaten niet zonder meer in elkaars verlengde worden gezien.

Wijze en duur van behandelen

Onder anxiety management wordt een combinatie van verschillende gedragstherapeutische interventies verstaan (⁶⁴). Zo wordt onder andere gebruik gemaakt van copingstrategieën, ontspanningsoefeningen aangeleerd, positieve self-talk (waarbij patiënten leren positieve dingen tegen zichzelf te zeggen in plaats van zichzelf voortdurend af te kraken) en imageswitching. Bij dit laatste onderdeel leren patiënten angstwekkende en geruststellende voorstellingen afwisselend op te roepen. Soms worden ook nog elementen uit de

cognitieve therapie aan het anxiety management toegevoegd.

Anxiety management wordt doorgaans in een individueel format binnen een kortdurende behandelopzet van 10-15 sessies (¹⁰⁵ ; ³⁷).

Duurzaamheid

Er zijn onvoldoende onderzoeksgegevens over de lange termijn effecten van anxiety management. In het onderzoek van (³⁷) gaat het bij follow-up nog slechts om een zeer beperkt aantal patiënten. In de follow up van Durham's onderzoek (¹⁰⁴) wordt onvolledig gerapporteerd over de groep die anxiety management kreeg.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 2	Het is aannemelijk dat anxiety management training een effectieve behandelmethode is bij GAS. A2 Barlow et al., 1992 ³⁷ ; Durham et al., 1994 ¹⁰⁵
-----------------	--

Wijze en duur van behandelen

Niveau 2	Het is aannemelijk dat anxiety management in een individueel en kortdurend format kan worden gegeven bij de behandeling van GAS. A2 Durham e.a. (1994) ¹⁰⁵ ; Barlow et al (1992) ³⁷
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 4	Er zijn onvoldoende gegevens over de duurzaamheid van de effecten van anxiety management.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Anxiety management is een weinig eenduidig omschreven methode. Daar staat tegenover dat veel experts hoge verwachtingen hebben van verschillende combinatie interventies die nu worden ontwikkeld en die overeenkomsten hebben met anxiety management (⁸³ ⁶⁰).

Wijze en duur van behandelen

Juist omdat de methode uit verschillende elementen bestaat, biedt anxiety management de mogelijkheid om op een relatief 'tailor-made' achtige wijze te kunnen worden uitgevoerd.

Duurzaamheid

Op grond van de weinige gegevens die er wel zijn en op grond van het feit dat anxiety management veel elementen bevat van zowel cognitieve therapie, exposure en applied relaxation, mag worden verondersteld dat anxiety management ook op de langere termijn gunstige effecten kan hebben.

Algemene conclusies mbt keuze van interventies

Richtlijntekst:

Hoewel diverse cognitief-gedragstherapeutische methodes effectief zijn op kortere en langere termijn, zijn effectgroottes weliswaar behoorlijk, maar niet indrukwekkend. Er valt nog veel winst te boeken boven de bestaande methodes. Hierdoor en op basis van het bestaande onderzoek naar de behandeling van GAS

verdient het aanbeveling om Cognitieve Therapie vooralsnog de 'psychologische hoofdinterventie' te laten zijn bij de behandeling van GAS. Zo nodig kan deze interventie worden aangevuld met exposure, 'Applied Relaxation en/of 'Anxiety Management'.

Beslisboom

Richtlijntekst:

- Bij een ernstige comorbide depressie: is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er geen voorkeur voor farmacotherapeutische of psychologische interventies. De keuze wordt dan gemaakt op basis van overleg tussen therapeut en patiënt.
- Bij een gedeeltelijk effect op farmacotherapie is verhogen van de dosering een optie.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in GAS gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (imipramine) en een selectieve serotonineheropnameremmer (paroxetine) lijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor paroxetine als eerste keuze preparaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor paroxetine en kan de behandeling gestart worden met imipramine, venlafaxine en bupirion gevolgd door paroxetine.

Algemeen: stap 1

- Wanneer geen sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt een keuze gemaakt tussen psychologische behandeling en farmacologische behandeling, afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden, etc. Er bestaat geen duidelijke voorkeur voor psychologische interventies dan wel farmacotherapie.

Psychologische behandeling: stap 1

- Op grond van de gemaakte keuze of wanneer farmacotherapie (zie hieronder) geen succes heeft gehad, wordt gestart met tien tot vijftien weken cognitieve therapie.

Psychologische behandeling: stap 2

- Bij onvoldoende resultaat kan de cognitieve therapie worden gecombineerd met anxiety management en/of applied relaxation en/of exposure, allen gedurende maximaal tien tot vijftien weken.

Combinatiebehandeling: stap 1

- Indien na in totaal maximaal 25 weken psychologische behandeling wel enig maar desalniettemin onvoldoende resultaat heeft gehad, moet deze behandeling worden gecombineerd met farmacotherapie (zie: farmacotherapie: stap 1, 2 of 3). Wanneer farmacotherapie (zie hieronder) wel enig maar desalniettemin onvoldoende resultaat heeft gehad, moet deze behandeling worden gecombineerd met psychologische behandeling (zie hierboven). Het resultaat wordt na 8 weken beoordeeld.

Farmacotherapie: stap 1

- Op grond van de gemaakte keuze of wanneer de patiënt helemaal niet heeft gereageerd op de psychologische behandeling (zie hierboven) wordt de patiënt ingesteld op een van de volgende middelen: venlafaxine, paroxetine of buspiron, in adequate dosering en beoordeling na zes weken. Er is geen duidelijke voorkeur voor één van deze middelen.

Farmacotherapie: stap 2

- Bij onvoldoende resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de patiënt in een adequate dosering ingesteld op één van de twee niet gekozen middelen uit stap 1. Na zes weken kan het resultaat beoordeeld worden. In plaats van een ander medicijn kan ook de overstap naar psychologische interventies worden overwogen.

Farmacotherapie: stap 3

- Bij onvoldoende resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de patiënt in een adequate dosering ingesteld op het nog niet gekozen middel uit stap 1. Het resultaat wordt na zes weken beoordeeld. In plaats van een ander medicijn kan ook de overstap naar psychologische interventies worden overwogen.

Combinatiebehandeling: stap 2

- Combineren van het middel waarop patiënt ingesteld is samen met de psychologische behandeling. De medicatie wordt gecontinueerd. Na acht weken combinatiebehandeling wordt het resultaat geëvalueerd.

Combinatietherapie stap: 3

- De psychologische behandeling wordt gecontinueerd en de medicatie wordt gewijzigd in imipramine in adequate dosering. Het resultaat kan na zes weken beoordeeld worden.

Combinatietherapie stap: 4

- De cognitieve therapie wordt gecontinueerd en de medicatie wordt gewijzigd in een benzodiazepine. Mogelijke bijwerkingen van langdurig benzodiazepinegebruik en het risico op verslaving dienen tevoren overwogen te zijn en met de patiënt besproken.

Combinatietherapie: stap 5

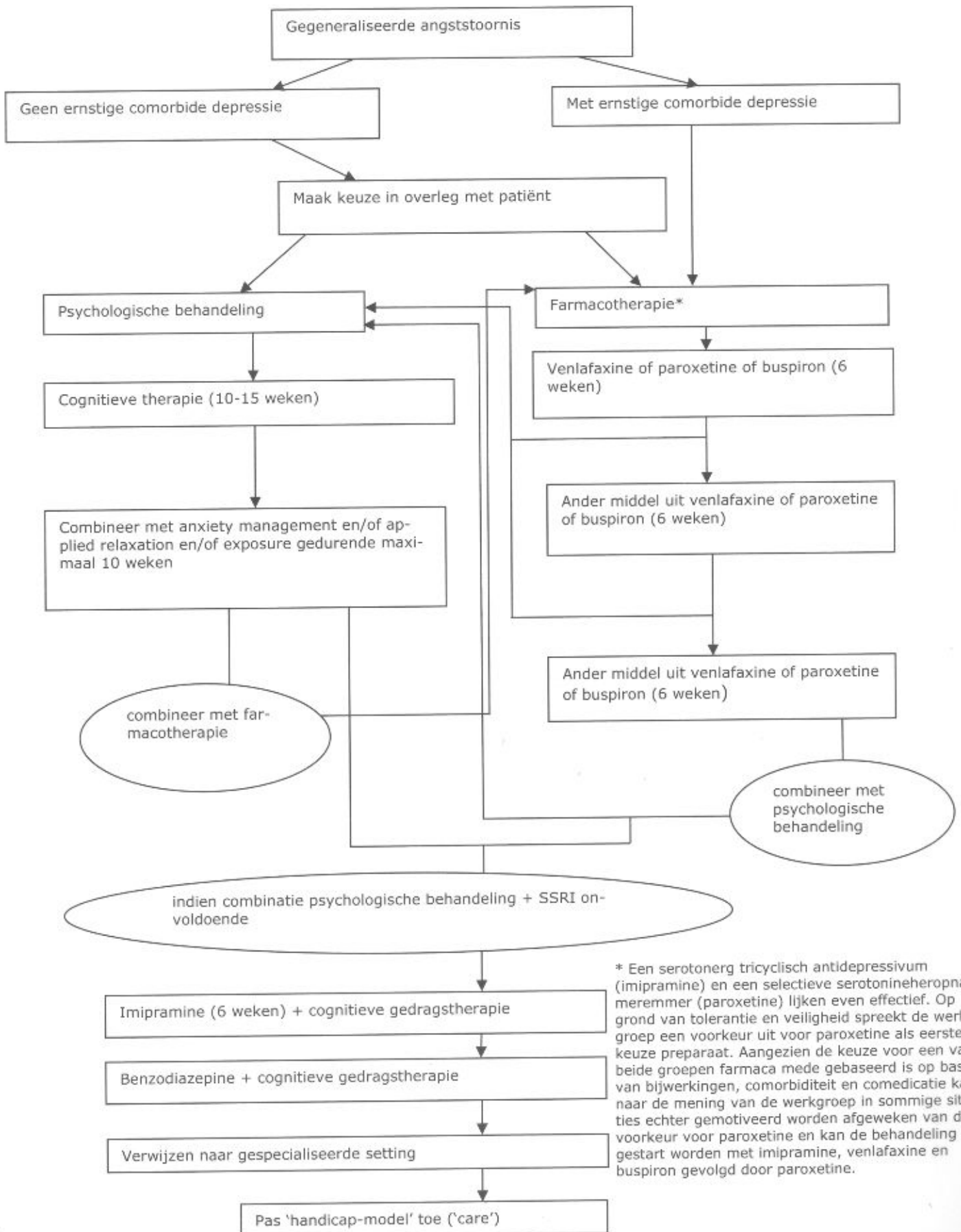
- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgaan dienen te worden van een begeleiding volgens

het handicap model. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

7.3.1 Beslisboom gegeneraliseerde angststoornis (GAS)



Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies, (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de gegeneraliseerde angststoornis en (c) vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies. Bij deze stoornis bestaat voornamelijk geen onderzoek naar de effectiviteit van de combinatie van beide interventies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom zullen worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording voor literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: post traumatic stress disorder, pharmacotherapy, meta-analysis, antidepressants, SSRI, TCA, MAOI, nefazodone, anticonvulsants, benzodiazepines.

In verband met de hoeveelheid literatuur werd in eerste instantie gebruik gemaakt van meta-analyses.

Wanneer deze niet beschikbaar waren, werd per psychofarmakon steeds één kwalitatief goede (beoordeeld op kwaliteit van opzet en uitvoering van een onderzoek, voldoende duur van behandeling, geen tegenstrijdige uitkomsten) en recente Randomized Controlled Trial (RCT) geselecteerd.

Inleiding

Voor vier geneesmiddelengroepen is in dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek vastgesteld dat ze effectief zijn bij de behandeling van de symptomen van de posttraumatische stressstoornis (PTSS), te weten: 1. selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's), 2. tricyclische antidepressiva (TCA's), 3. monoamine-oxidase-remmers (MAOI's) (fenelzine), 4. anticonvulsiva.

Het antidepressivum nefazodone, een 5-HT-2 antagonist, is voornamelijk alleen in zes open-label onderzoeken effectief gebleken; de resultaten zijn veelbelovend, echter in Canada is dit middel uit de handel genomen i.v.m. irreversibele leverfunctiestoornissen. Het wordt daarom in deze richtlijn niet verder besproken.

De benzodiazepinen zijn in onderzoek niet duidelijk effectief gebleken bij PTSS (1). In sommige studies is mogelijk zelfs sprake van een verslechtering van de patiënten wanneer zij met deze middelen behandeld worden. Bij de behandeling van acute slaapproblemen bij PTSS wordt dan ook geadviseerd een niet benzodiazepine-achtig hypnoticum voor te schrijven (zolpidem of zopiclon).

SSRI'S

Aanbevelingen:

Effectiviteit

SSRI's zijn in de farmacotherapie van de PTSS veilige en effectieve middelen en daarom eerste keuze van behandeling.

Dosering

De SSRI's worden geleidelijk opgebouwd en getracht wordt de patiënt in twee weken op een streefdosering in te stellen. Het effect kan vervolgens na 8-12 weken geëvalueerd worden.

Lange termijn

Nadat de SSRI na 8 weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langduriger doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit wordt langzaam in stappen van drie maanden gedaan waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden dient te worden. Ook moet de patiënt gewaarschuwd worden voor onthoudingsverschijnselen, welke onderscheiden dienen te worden van een recidief van de PTSS. Bij onthoudingsverschijnselen is het devies: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van de PTSS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de PTSS waren, en langer doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In diverse dubbelblinde placebogecontroleerde onderzoeken en enkele open studies is de effectiviteit van de SSRI's fluoxetine, sertraline, paroxetine en fluvoxamine bij PTSS aangetoond. Deze middelen zijn effectief wat betreft een groot aantal van de symptomen bij deze aandoening. In een recente meta-analyse blijken de SSRI's robuuste effecten te tonen (1).

Het effect van de behandeling is in het algemeen na 8 tot 12 weken te beoordelen waarbij de symptomen hyperarousal en vermijding eerder verbeteren dan de herbelevingen. SSRI's worden over het algemeen goed verdragen en zijn veilig in gebruik. Gemiddeld heeft 40 tot 60% van de patiënten baat bij de behandeling. De bijwerkingen betreffen de bekende bijwerkingen van de SSRI's: voorbijgaande misselijkheid, hoofdpijn, daarnaast seksuele functiestoornissen en gewichtstoename.

Dosering

Er zijn geen gecontroleerde dosis-effect studies verricht met SSRI's bij PTSS.

Lange termijn

De SSRI's sertraline en fluoxetine zijn op lange termijn onderzocht. Sertraline is dubbelblind placebogecontroleerd onderzocht gedurende 28 weken waarbij er een geleidelijke verdere vermindering van de symptomen geobserveerd werd en behandeling met sertraline beschermde tegen terugval (1). Wat betreft fluoxetine gaat het om twee open studies die in een review besproken worden (2). In een studie kregen patiënten of korter dan 6 maanden of 6 maanden of langer behandeling. De groep die 6 maanden of langer behandeld werd, toonde meer verbetering in symptomen en in algeheel functioneren dan de groep die korter dan 6 maanden behandeld werd. In de tweede naturalistische follow-up studie bleek de verbetering die bij drie maanden geobserveerd werd verder toegenomen bij 15 maanden. In deze studie bleek ook dat een groep patiënten die bij drie maanden onvoldoende verbeterd was dit wel bij 15 maanden toonde. Op termijn verbeteren niet alleen de symptomen van PTSS maar ook het algeheel functioneren. Uit deze studies kan geconcludeerd worden dat lange termijn behandeling zinvol is en een verdere verbetering verwacht mag worden.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	SSRI's zijn veilig en effectief bij de behandeling van PTSS. A1 Stein et al ³³⁴ ; A2 Marshall et al ²²⁵ , Ruggiero et al ³⁰⁷ , Stein et al ³³⁵
-----------------	---

Lange termijn

Niveau 3	De SSRI's sertraline en fluoxetine blijven effectief op lange termijn. B Davidson 2001 ⁹⁹ ; C Davidson 2000 ⁹⁴
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Ofschoon geen vergelijkende studies voorhanden zijn en niet alle SSRI's op dubbelblind placebogecontroleerde wijze onderzocht zijn wordt aangenomen dat alle SSRI's effectief zijn. Bij afwezigheid van een voorkeur wordt geadviseerd de goedkoopste SSRI te kiezen. Citalopram is voor zover bekend bij de werkgroep nog niet onderzocht bij PTSS.

Een voordeel van de SSRI's is dat ze ook effectief zijn bij frequent voorkomende comorbide aandoeningen, zoals depressie of angststoornissen.

Dosering

Daar er geen dosis-effect onderzoek is verricht kunnen de effectieve doseringen worden afgeleid uit het placebogecontroleerd onderzoek en uit klinische ervaring. Gestart wordt met de laagste dosering waarna in ongeveer 2 weken verhoogd wordt tot de streefdosering. De effectiviteit wordt 8-12 weken vanaf het moment waarop de streefdosering bereikt is geëvalueerd. Mogelijk is bij een deel van de patiënten een lagere dosering dan de streefdosering ook al voldoende effectief; verder verhogen is dan niet nodig. Wanneer het middel goed wordt verdragen, maar onvoldoende effectief is, wordt de dosering verhoogd tot de maximale dosis.

De start-, streef-, en maximale doseringen per dag voor de SSRI's zijn bij PTSS:

Citalopram	10 mg	20-30 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	20 mg	60 mg
Fluvoxamine	50 mg	100-150 mg	300 mg
Paroxetine	10-20 mg	20-40 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	100 mg	200 mg

Lange termijn

In de klinische praktijk blijken de SSRI's ook bij langdurig gebruik effectief en nemen de verbeteringen in symptomen en algeheel functioneren verder toe. Het is niet geheel duidelijk of op de lange termijn sommige patiënten met een lagere dagdosering uit zouden kunnen komen, zoals bij de andere angststoornissen het geval is. In de klinische praktijk zou dit overwogen kunnen worden door dagdosering van de SSRI stapsgewijs te verlagen, het effect van deze verlaging na 12 weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënte in remissie zijn gebleven na deze verlaging, kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Bij een deel van de patiënten is mogelijk een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk. Bij afbouwen van een SSRI kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, zoals angst, gespannenheid, duizeligheid en tremoren, paresthesieën, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en gastro-intestinale verschijnselen. Deze onthoudingsverschijnselen dienen onderscheiden te worden van een recidief van de PTSS. Bij het eerste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zonodig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van de PTSS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

Tricyclische antidepressiva

Aanbevelingen:

Effectiviteit

De TCA's amitriptyline en imipramine zijn bij de farmacotherapie van PTSS effectieve middelen.

Dosering

De TCA's worden langzaam ingeslopen om bijwerkingen te beperken. Getracht wordt de patiënt in 2 weken op een streefdosis in te stellen en vervolgens na 8 weken het effect te evalueren. Bepalen van de plasma-spiegel kan mogelijk zinvol zijn. Bij individuele patiënten kan een lagere dosering dan de streefdosering al voldoende zijn. De TCA's worden minder goed getolereerd en zijn minder veilig dan de SSRI's, hetgeen maakt dat zij geen eerste keuze van behandeling zijn.

Lange Termijn

Nadat de TCA's na 8-12 weken effectief gebleken zijn wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit wordt langzaam in stappen van drie maanden gedaan, waarbij een eventuele terugval goed geobserveerd wordt. Ook dient de patiënt gewaarschuwd te worden voor eventuele onthoudingsverschijnselen. Bij dit laatste is het beleid: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen; bij recidiveren van de PTSS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

In twee dubbelblind placebogecontroleerde studies is de werkzaamheid van amitriptyline en imipramine bij de behandeling van PTSS aangetoond (1,2). Het TCA desipramine is niet effectief gebleken. De werkzaamheid lijkt vooral afhankelijk van de serotonerge activiteit. 50 tot 65% van de patiënten verbetert in ieder geval op een aantal van de symptomen van PTSS. TCA's worden over het algemeen minder goed verdragen dan SSRI's en zijn onveilig bij overdosering (cardiotoxiciteit). Frequent voorkomende bijwerkingen zijn: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urineretentie, reactietijdvertraging. Een deel van deze bijwerkingen is voorbijgaand. Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden alsook gewichtstoename.

Dosering

Er zijn geen dosis-effect studies verricht. De in de RCT's gebruikte dosering zijn 50 tot 300 mg per dag, zowel voor amitriptyline als imipramine. Tot op heden is niet onderzocht of er relatie is tussen bloedspiegel en effect.

Lange termijn

Er zijn geen lange-termijnstudies met TCA's bekend. Het is nog niet bekend of op termijn ook een lagere dosering effectief blijft. Gezien de ervaringen bij de andere angststoornissen is dit wel te verwachten. Het advies is dan zoals bij de SSRI's wat betreft geleidelijk verlagen van de dosering.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	De TCA's amitriptyline en imipramine zijn effectief bij de behandeling van PTSS. De TCA's worden minder goed getolereerd en zijn minder veilig dan de SSRI's, hetgeen maakt dat zij geen eerste keuze van behandeling zijn. A1 Davidson et al ⁹³ ; A2 Kosten et al ¹⁹⁷
-----------------	--

Dosering

Niveau 2	De dosering van de TCA's die effectief gebleken is, is 50 tot 300 mg per dag. B Davidson et al, 1990 ⁹³ ; B Kosten et al, 1991 ¹⁹⁷
-----------------	---

Overige overwegingen:

Dosering

De aanbevolen dosering van de TCA's is afgeleid uit het aanwezige placebogecontroleerd onderzoek. In de klinische praktijk kan gewerkt worden met een dagdosering berekend aan de hand van de plasmaspiegel. Bij individuele patiënten kan een lage dosering dan de aanbevolen dagdosering al effectief zijn. In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen zoveel mogelijk te verminderen. Het lukt meestal de patiënten in twee weken op een streefdosering in te stellen. Zo nodig dient bij veel bijwerkingen langzamer opgebouwd te worden. De effectiviteit wordt na 8-12 weken geëvalueerd.

Wanneer het middel goed wordt verdragen, maar onvoldoende effectief is kan de dosering worden verhoogd.

De start-, streef-, en maximale doseringen per dag voor de TCA's zijn bij de PTSS:

amitriptyline 50 mg	100 tot 150 mg	300mg
imipramine 50 mg	100 tot 150 mg	300 mg

Lange termijn

Op basis van klinische ervaring zou overwogen kunnen worden na één jaar de dosering te verminderen. Mogelijk kunnen patiënten op lange termijn met een lagere dagdosering uitkomen. Bij afbouwen van een TCA kunnen onthoudingsverschijnselen optreden. Zoals gespannenheid, duizeligheid, tremoren, paraesthesien, prikkelbaarheid, slaapstoornissen, en gastro-intestinale verschijnselen. Deze dienen onderscheiden te worden van een recidief van de PTSS. Bij het eerste is het beleid: bij onthoudingsverschijnselen is het devies: uitleg geven en expectatief, zo nodig de afbouw iets vertragen maar wel continueren; bij recidiveren van de PTSS is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen van de PTSS waren, en langer doorbehandelen.

Monoamineoxidase remmers

Aanbevelingen:

Effectiviteit, dosering, lange termijn

De MAOI fenelzine is beperkt onderzocht op effectiviteit bij de PTSS. Aangezien fenelzine in vergelijking met TCA's en SSRI's minder goed verdragen wordt en minder veilig is wordt eerst behandeld met een middels uit groep van de SSRI's en TCA's. Een extra risico bij deze indicatie is impulsiviteit en dissociatie. Bij gebleken effectiviteit dient fenelzine langdurig te worden voorgeschreven. Andere behandelopties, zoals gedragstherapie dienen in ieder geval overwogen te zijn voor er met een MAOI gestart wordt.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit, dosering, lange termijn

De MAOI fenelzine is eenmaal dubbelblind onderzocht bij de PTSS en effectiever bevonden dan placebo (1). Tranylcypromine is niet onderzocht. De selectieve MAO-A remmer moclobemide is in één open-label studie onderzocht met gunstig resultaat.

De gebruikte dosering fenelzine was 15 tot 75 mg per dag waarop een 45% verbetering geobserveerd werd. Aangeraden wordt de fenelzine in te sluipen en te starten met 15 mg.

Er zijn geen dosiseffectstudies verricht.

Een belangrijk nadeel van het gebruik van fenelzine is, dat patiënten zich zeer strikt aan een tyraminevrij dieet dienen te houden vanwege een levensbedreigende interactie met tyramine in voedsel. Frequent gerapporteerde bijwerkingen zijn verder: hypotensie, slaperigheid, droge mond, seksuele functiestoornissen. Vanwege de eerder genoemde interactie met tyramine dient het voorschrijven van de MAO fenelzine bij PTSS slechts gereserveerd te worden voor ernstige therapieresistente patiënten. Een extra aandachtspunt bij patiënten met PTSS, die deze in principe toxische farmaca voorgeschreven krijgen, is het risico op therapieontrouw, dieetontrouw en suicidaliteit/auto intoxicatie onder invloed van dissociatie en impulsiviteit. Over de lange termijn effectiviteit zijn geen onderzoeksgegevens bekend.

Conclusies:

Effectiviteit, dosering, lange termijn

Niveau 3	De MAOI fenelzine is effectief bij de behandeling van PTSS in een dosering tussen de 15 en 75 mg per dag. In verband met mogelijke interactie met tyramine in voedsel is altijd een dieet advies noodzakelijk. Gegevens over het effect op lange termijn ontbreken.
----------	---

Overige overwegingen:Effectiviteit, dosering, lange termijn

In de klinische praktijk blijkt dat de medicatie langzaam moet worden ingeslopen om bijwerkingen te verminderen. Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moeten worden voorgeschreven. Opgemerkt dient nog te worden dat MAOI's alleen op artsverklaring kunnen worden voorgeschreven. De mening van de werkgroep is dat dit een psychiater dient te zijn.

Anticonvulsiva**Aanbevelingen:**Effectiviteit, dosering, lange termijn

Het anticonvulsivum lamotrigine is beperkt onderzocht op effectiviteit bij de PTSS. Aangezien het minder goed verdragen wordt dan de SSRI's, meer bijwerkingen heeft, is het geen eerste keuze behandeling en waarschijnlijk is ook met anticonvulsiva een langdurige behandeling noodzakelijk. Gezien de beperkte ervaring op dit moment is de mening van de Werkgroep dat lamotrigine alleen door psychiaters voorgeschreven dient te worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:Effectiviteit, dosering, lange termijn

Tot op heden zijn een kleine placebogecontroleerde studie en twee open label studies met anticonvulsiva uitgevoerd.

Alleen lamotrigine is op dubbelblinde wijze placebogecontroleerd effectief gebleken in een kleine studie met 15 patiënten. De helft van de patiënten verbeterde. Een belangrijk bijwerking van dit middel is de kans op een allergische huidreactie. Carbamazepine en natriumvalproaat zijn in alleen in kleine open studies onderzocht en effectief gebleken.

De gebruikte dosering lamotrigine was tot 500 mg per dag. Gezien de mogelijke bijwerkingen duizeligheid, misselijkheid, coördinatiestoornissen en huidrash dient de dosering geleidelijk te worden opgebouwd.

Vanwege de bijwerkingen, in vergelijking met die van de SSRI's, is lamotrigine geen eerste keuze middel.

Er zijn geen vergelijkende studies met andere middelen verricht.

Over de lange-termijn effectiviteit zijn geen wetenschappelijke gegevens bekend.

Conclusies:Effectiviteit, dosering, lange termijn

Niveau 3	<p>Het anticonvulsivum lamotrigine is effectief gebleken bij de behandeling van PTSS in een dosering tot 500 mg per dag. Mogelijk zijn ook de andere anticonvulsiva carbamazepine en natriumvalproaat effectief. In verband met mogelijk bijwerkingen dient de dosering geleidelijk aan verhoogd te worden. Lange termijn gegevens ontbreken.</p> <p>A2 Hertzberg et al, 1999¹⁶⁵</p>
-----------------	---

Conclusie keuzevolgorde farmacotherapie**Wetenschappelijke onderbouwing:**

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit geen voorkeur te bestaan voor een van de groepen farmaca. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's. De MAOI's hebben vrijwel geen toepassingsgebied en dienen gereserveerd te worden voor therapieresistente patiënten en alleen in de 2e of 3e lijn gebruikt te worden. Vóór behandeling met een MAOI kan een anticonvulsivum geprobeerd worden.

De werkgroep adviseert, op basis van consensus vanuit de klinische praktijk en vanuit tolerabiliteit en veiligheid, de volgende stappenvolgorde:

- Stap 1: een SSRI
- Stap 2: een andere SSRI
- Stap 3: een TCA
- Stap 4: een anticonvulsivum

Stap 5: een MAOI

Psychologische interventies bij posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording van de literatuur

Er is gezocht in Medline/Medscape (psychotherapy; meta-analysis; PTSD: cognitive therapy; behaviour therapy). Voorts is gebruikgemaakt van het recent verschenen Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from de International Society for Traumatic Stress Studies ([135](#)). Waar nodig is gebruik gemaakt van aanvullende niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

In de ISTSS 'guidelines' wordt een omvattend overzicht gegeven van het onderzoek naar de behandeling van [PTSS](#). Het onderzoek is beoordeeld op basis van zeven criteria ([135](#) p. 10/11). De zeven criteria vormen de 'gold standard'. De ISTSS criteria zijn daarmee in feite strenger dan die van het CBO welke door de werkgroep worden gehanteerd. Door het bestaande onderzoek te beoordelen tegen de achtergrond van deze criteria kan worden vastgesteld in hoeverre een bepaalde behandeling beschikt over wetenschappelijk ondersteuning. In de ISTSS guidelines krijgen op basis hiervan de verschillende behandelingen een 'rating', lopend van A (bewijs is gebaseerd op gerandomiseerd, goed gecontroleerd onderzoek bij individuen met PTSS) tot F (bewijs is gebaseerd op recent ontwikkelde behandelvormen die niet zijn onderworpen aan klinische of wetenschappelijk toetsing) (zie Foa, Keane & Friedman, 2000¹³⁵). In deze bijdrage wordt in hoge mate gebruik gemaakt van de aldus verzamelde gegevens.

De vier jaar geleden verschenen meta-analyse naar de behandeling van PTSS van Van Etten en Taylor (1998¹²²) is eveneens een belangrijk basisdocument. Reviews van de PTSS literatuur zijn nergens in tegenspraak met de conclusies van de ISTSS en van Van Etten en Taylor (1998¹²²). Waar zinvol worden resultaten van onderzoek dat door het tijdstip van publicatie niet in deze bronnen zijn opgenomen kort genoemd.

Het heeft tot eind jaren tachtig geduurd voor de eerste effectonderzoeken in de literatuur verschenen. De eerste twee studies hadden betrekking op (een vorm van) gedragstherapie (i.c. systematische desensitisatie en bio-feedback) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In de periode daarna werden verscheidene behandelvormen min of meer op hun effectiviteit onderzocht. Voorbeelden zijn: cognitieve gedragstherapie (CGt), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), psychodynamische therapie, hypnose, en groepstherapie. Tot dusver is verreweg het meeste onderzoek gedaan naar CGt en EMDR. Niet alleen overtreft het onderzoek naar deze behandelingen die van de overige in kwantitatief opzicht; ook kwalitatief is het betreffende onderzoek veelal superieur.

Volgens de guidelines van de International Society for Traumatic Stress Studies gelden momenteel CGt en EMDR als 'treatment of choice' bij de behandeling van PTSS. CGt ontving dan ook een 'A-rating' van de ISTSS; EMDR verwierf een A/B-rating. Andere vormen van psychotherapie zijn kwalitatief en/of kwantitatief

vooral nog onvoldoende onderzocht om aanspraak op een dergelijke beoordeling te kunnen maken. Ook volgens een meta-analyse naar de behandeling van PTSS (Van Etten en Taylor, 1998¹²²) zijn CGt en EMDR het best en meest uitgebreid onderzocht. CGt en EMDR bleken effectiever dan wachtlijst, non-specifieke behandeling (zoals relaxatietraining en 'counseling') en placebo. Rechtstreekse vergelijking van CGt en EMDR leverde wisselende resultaten op. In één studie bleek IE effectiever dan EMDR (Devilley & Spence, 1999). In andere studies bleek EMDR effectiever (en vooral efficiënter), bijvoorbeeld Ironson e.a. (2002¹⁷⁹). Over het geheel genomen kan worden gesteld dat wat betreft effectiviteit er geen duidelijk verschil is vastgesteld tussen CGt en EMDR (Devilley & Spence, 1999;^{179; 99}). Wel zijn er enige aanwijzingen gevonden voor een grotere efficiëntie van EMDR ten opzichte van CGt (¹²²). Dat wil zeggen dat met EMDR dezelfde effecten in kortere tijd werden behaald dan met CGt (¹²²). De effecten van de behandeling van PTSS op langere termijn zijn slechts beperkt onderzocht. Volgens Van Etten en Taylor mag worden aangenomen dat de effecten van zowel CGt als EMDR op de wat langere termijn beklijven. Met name voor EMDR lijkt dit redelijk vastgesteld (Wilson e.a., 1999). Zowel CGt als EMDR (b)lijkt effectiever dan SSRI's (¹²²)

Cognitieve gedragstherapie

Richtlijntekst:

Imaginaire Exposure (IE)

Imaginaire exposure is een procedure waarbij de cliënt wordt geholpen de traumatische herinneringen zodanig te herbeleven dat verwerking kan plaatsvinden. De nadruk ligt op herhaalde en langdurige herbeleving waarbij (cognitieve en emotionele) vermijding tot een minimum wordt beperkt. Een wezenlijk onderdeel van IE is het dagelijks luisteren naar audio-opnames van de exposure-sessies. De zittingen duren idealiter 90 minuten. De behandeling bestaat meestal uit ongeveer tien zittingen. Regelmatig wordt IE aangevuld met exposure in vivo en cognitieve interventies. Het onderzoek heeft echter overwegend betrekking op de IE component. Het bewijs voor de effectiviteit van IE is sterk (³⁰⁶; ¹²²). De kracht van het onderzoek ligt niet alleen in de kwantiteit en kwaliteit ('A-rating') van het onderzoek maar ook in het feit dat IE bij verschillende patiëntengroepen is onderzocht hetgeen de generaliseerbaarheid van de resultaten vanzelfsprekend ten goede komt.

IE werd onder andere vergeleken met wachtlijst, SIT, EMDR en met Ct. Uit het desbetreffende onderzoek komt naar voren dat IE een effectieve therapie is bij PTSS. Vergeleken met SIT blijkt uit het (overigens beperkte) onderzoek dat IE met name op de langere termijn effectiever is. Alhoewel het onderzoek nog tamelijk beperkt is, zijn er aanwijzingen dat IE even effectief is als Ct terwijl de combinatie van beide niet effectiever is dan één van beide afzonderlijk (²²¹).

Stress-inoculatie therapie (SIT)

SIT is niet zozeer één bepaalde behandeling als wel een geheel van verschillende interventies samengevoegd in een programma, gericht op het adequater (leren) omgaan met angst. De belangrijkste onderdelen zijn: psycho-educatie, relaxatietraining, ademhalingsoefeningen, rollenspellen, imaginaire oefeningen, cognitieve technieken en gedachtestop. SIT werd uitsluitend onderzocht bij vrouwelijke slachtoffers van (éénmalig) seksueel geweld. De behandeling duurt zo'n twaalf zittingen. SIT bleek redelijk effectief bij deze patiëntengroep. De vraag naar de effectiviteit voor andere patiëntengroepen is dan echter nog te beantwoorden. IE bleek overigens enigszins effectiever dan SIT (¹³²). SIT kan worden beschouwd als een vrij effectieve behandeling bij PTSS ten gevolge van éénmalig seksueel trauma. SIT wordt door de ISTSS en Van Etten en Taylor (¹²²) niet duidelijk apart beoordeeld. De beoordeling vindt plaats onder de noemer CGt. Zoals hierboven al aangegeven is het echter niet redelijk de effectiviteit van SIT dezelfde kwalificatie te geven als CGt als geheel.

Cognitieve therapie (Ct)

Cognitieve therapie bij PTSS is gericht op de identificatie en bijstelling van disfunctionele opvattingen met betrekking tot zichzelf als persoon, anderen, de wereld en het trauma. Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van (de) 'Socratische dialoog' en gedragsexperimenten. In sommige vormen van Ct (met name CPT) wordt daaraan overigens schrijfopdrachten en imaginaire procedures toegevoegd. Tijdens deze onderdelen vindt dikwijls impliciet of expliciet exposure plaats aan de herinneringen aan de schokkende gebeurtenis(sen).

Deze (imaginaire) exposure is minder intensief dan bij de interventie IE het geval is, maar intensiever dan bij EMDR. Ct duurt doorgaans zo'n zestien zittingen.

Ct in zijn meest zuivere vorm is in twee goed gecontroleerde onderzoeken beoordeeld (²²¹; Tarrier e.a., 1999). Ct werd in deze studies vergeleken met IE, Exposure in vivo en de combinatie van exposure en Ct. Ct bleek in beide studies effectief bij de behandeling van PTSS.

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Cognitieve gedragstherapie is één van de meest in aanmerking komende psychologische interventies bij PTSS. Hierbij moet worden bedacht dat van de verschillende varianten binnen Cognitieve gedragstherapie IE het meeste ondersteuning vindt, terwijl dat in mindere mate geldt voor SIT en Ct. Veelal kan gebruik worden gemaakt van combinaties van elementen uit de drie varianten.

Wijze en duur van toepassing

Wie cognitieve gedragstherapie toepast kan verschillende 'ingrediënten' uit het cgt-pakket met elkaar combineren, al moet worden bedacht dat de meeste en hardste evidentie bestaat voor de effectiviteit van de imaginaire exposure component. Daarom wordt er toch de voorkeur aan gegeven om bij een keuze voor CGT primair met Imaginaire Exposure te behandelen.

Duurzaamheid

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hen worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Cognitieve gedragstherapie is uitgebreid onderzocht in verscheidene gerando-mi-seerde, gecontroleerde studies. 70 tot 80 van de met CGt behandelde patiënten voldoet bij nameting niet meer aan de criteria voor PTSS.

Wijze en duur van toepassing

Cognitieve gedragstherapie bestaat in feite uit een aantal procedures die elkaar deels overlappen en die deels van elkaar verschillen. Hieronder wordt nader ingegaan op toepassing en duur van de drie meest onderzochte procedures.

Duurzaamheid

Onderzoek naar de lange termijn effecten van de behandeling van PTSS is beperkt. Veelal is de follow-up beperkt tot hoogstens een jaar na afsluiting van de therapie. Dat is te beperkt, niet in het minst vanwege het zogenaamde 'anniversary' effect. Op basis van de beschikbare gegevens komen Van Etten en Taylor niettemin tot de voorlopige conclusie dat de positieve effecten van CGt bij follow-up blijven bestaan.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling bij PTSS. A1 Foa, Keane, & Friedman, 2000 ¹³⁵ ; Van Etten & Taylor,
-----------------	--

1997¹²² ; Solomon, Gerrity & Muff, 1992³²⁷ ISTSS: A-rating

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	<p>Cognitieve gedragstherapie bij PTSS kan betrekkelijk kort duren (tien tot twintig zittingen), waarbij van diverse behandelingen uitgewerkte protocollen bestaan.</p> <p>A1 Foa, Keane, & Friedman, 2000¹³⁵ ; Van Etten & Taylor, 1997¹²² ; Solomon, Gerrity & Muff, 1992³²⁷ ISTSS: A-rating</p>
-----------------	---

Duurzaamheid

Niveau 1	<p>De resultaten van de behandeling van PTSS met CGT op langere termijn (dat wil zeggen, langer dan een jaar na afsluiting van de therapie) zijn vrij onduidelijk. De gegevens die er zijn stemmen niettemin hoopvol.</p> <p>A1 Foa, Keane, & Friedman, 2000¹³⁵ ; Van Etten & Taylor, 1997¹²² ; Solomon, Gerrity & Muff, 1992³²⁷ ISTSS: A-rating</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Wanneer wordt gesproken van CGT moet worden bedacht dat onder deze noemer verscheidene interventies/behandelmethoden worden begrepen. Dikwijls gaat het om combinaties van methodes, die elkaar meer of minder overlappen. Voor een adequate beoordeling van het effectonderzoek dient in feite onderscheid gemaakt te worden tussen imaginaire exposure (IE), stress-inoculatie therapie (SIT) en cognitieve therapie (Ct). Verreweg het meeste en methodologische beste onderzoek is gedaan naar IE.

Wijze en duur van toepassing

De verschillende facetten van cognitieve gedragstherapie kunnen goed met elkaar worden gecombineerd, zodat er verantwoorde keuzemogelijkheden bestaan om de behandeling aan te passen aan de wensen en de behoeftes van de patiënt.

Duurzaamheid

Gezien de geringe hoeveelheid onderzoek naar de lange termijn effecten van CGT bij PTSS en gezien de klinische ervaring dat met name bij PTSS nogal eens 'anniversary effecten' kunnen optreden, alsmede andere fenomenen waardoor de klachten na verloop van tijd opnieuw naar voren kunnen komen, is het verstandig om hieromtrent maatregelen te nemen die passen bij 'good clinical practice'. Deze behelzen adviezen over de handelwijze bij terugkeer van de klachten en duidelijke afspraken met patiënt en huisarts over de mogelijkheid om bij (dreigende) terugval snel te kunnen worden gezien voor een of enkele 'herhalingsgesprekken'.

Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)

Aanbevelingen:

Effectiviteit

EMDR is één van de meest in aanmerking komende psychologische interventies bij PTSS. De methode is effectief en wordt door zijn aard door veel patiënten en therapeuten als relatief weinig emotioneel belastend ervaren.

Wijze van en duur van toepassing

EMDR kan worden toegepast als een op zichzelf staande kortdurende interventie bij PTSS.

Duurzaamheid

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hen worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

EMDR is in verscheidene gerandomiseerde, gecontroleerde studies onderzocht. Bij nameting voldeed 80 % - 90% niet meer aan de criteria voor PTSS. Chemtob, Tolin, Van der Kolk & Pitman (2000⁶⁸) en Van Etten en Taylor (1998¹²²) komen tot de conclusie dat EMDR effectief is bij de behandeling van PTSS. Het onderzoek verdient volgens de ISTSS een 'A/B-rating', is uitgevoerd bij verschillende patiëntengroepen en kan zich in kwantitatief opzicht meten met CGt.

Wijze en duur van Toepassing

EMDR is een geprotocolleerde procedure voor de behandeling van PTSS. De stappen van het protocol hebben tot doel de traumatische herinnering 'op scherp' te zetten waarna een afleidende stimulus/respons (bijvoorbeeld door de therapeut uitgelokte oogbewegingen) wordt geïntroduceerd. Via een proces van 'spontane' associaties wordt de traumatische herinnering van zijn emotionele lading ontdaan en geassocieerd met een nieuw, functioneel perspectief op zichzelf als persoon. De zittingen hebben idealiter een duur van 90 minuten. Huiswerk anders dan het bijhouden van klein dagboek maakt geen onderdeel uit van de behandeling. De gehele interventie neemt doorgaans niet meer dan drie tot zeven zittingen in beslag.

Duurzaamheid

Onderzoek naar de lange termijn effecten van de behandeling van PTSS met EMDR is beperkt. Veelal is de follow-up beperkt tot hoogstens een jaar na afsluiting van de therapie. Dat is te beperkt, niet in het minst vanwege het zogenaamde 'anniversary' effect. Op basis van de beschikbare gegevens komen Van Etten en Taylor niettemin tot de voorlopige conclusie dat de positieve effecten van EMDR bij follow-up blijven bestaan. Opvallend is hun conclusie dat bij de met EMDR behandelde groepen sprake is van voortgaande verbetering terwijl bij de met CGt behandelde patiënten gemiddeld gelijk bleven of wat achteruit gingen (¹²²). Er is één gepubliceerd onderzoek waarbij werd gekeken naar de stand van zaken 15 maanden na afsluiting van de behandeling (EMDR; Wilson, Becker & Tinker, 1997). Gevonden werd dat de resultaten ook na de eerste 'anniversary' behouden bleven en zelfs verbeterden.

Conclusies:

effectiviteit

Niveau 1	Het is aangetoond dat EMDR een effectieve behandeling is bij PTSS. A1 (Foa, Keane, & Friedman, 2000 ¹³⁵ ; Van Etten & Taylor, 1998 ¹²²) ISTSS: A/B-rating
-----------------	---

Wijze van duur en toepassing

Niveau 1	EMDR is een kortdurende interventie die volgens protocol kan worden uitgevoerd. A1 (Foa, Keane, & Friedman, 2000 ¹³⁵ ; Van Etten & Taylor, 1998 ¹²²) ISTSS: A/B-rating
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 1	<p>De resultaten van de behandeling van PTSS met EMDR op langere termijn (dat wil zeggen, langer dan een jaar na afsluiting van de therapie) zijn vrij onduidelijk. De gegevens die er zijn stemmen niettemin hoopvol.</p> <p>A1 Foa, Keane, & Friedman, 2000¹³⁵ ; Van Etten & Taylor, 1997¹²² ; Solomon, Gerrity & Muff, 1992 ISTSS: A-rating</p>
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit

EMDR gaat niet diep in op de traumatische ervaringen van de patiënt, hetgeen de methode voor patiënten en therapeuten doorgaans minder emotioneel belastend maakt.

Duurzaamheid

Gezien de geringe hoeveelheid onderzoek naar de lange termijn effecten van EMDR bij PTSS en gezien de klinische ervaring dat met name bij PTSS nogal eens 'anniversary effecten' kunnen optreden, alsmede andere fenomenen waardoor de klachten na verloop van tijd opnieuw naar voren kunnen komen, is het verstandig om hieromtrent maatregelen te nemen die passen bij 'good clinical practice'. Deze behelzen adviezen over de handelwijze bij terugkeer van de klachten en duidelijke afspraken met patiënt en huisarts over de mogelijkheid om bij (dreigende) terugval snel te kunnen worden gezien voor een of enkele 'herhalingsgesprekken'.

Algemene conclusies mbt psychologische interventies

Richtlijntekst:

Algemene conclusie MBT psychologische interventies

Vastgesteld dient te worden dat de hoeveelheid goed gecontroleerd effectonderzoek naar de behandeling van PTSS in vergelijking met andere aandoeningen (als paniekstoornis, depressie en obsessief-compulsieve stoornis) relatief beperkt is. Dat is onfortuinlijk aangezien ongeveer 5% van de mannen en 10%-12% van de vrouwen op enig moment in hun leven zullen lijden onder PTSS (³²⁶). Daarbij komt dat de gevolgen van psychotrauma niet alleen voor de slachtoffers vaak enorm zijn, maar eveneens een grote (ook economische) belasting betekent voor de voor de samenleving als geheel (³²⁶). Het huidige gecontroleerde onderzoek naar de behandeling van PTSS laat in ieder geval zien dat psychotherapie bij PTSS zonder meer de moeite is (zie ook Sherman, 1998).

Zowel CGt als EMDR leiden in een ruime meerderheid (70% - 90%) van de gevallen tot klinisch relevante verbetering. Er zijn enige aanwijzingen dat met EMDR de resultaten eerder worden bereikt en dat de behandeling wellicht beter is te verdragen is dan CGt, met name IE.

Bedacht moet worden dat het bestaande onderzoek weliswaar meestal betrekking heeft op patiënten die lijden onder de gevolgen van soms éénmalig maar vaker meervoudig seksueel trauma (type 1 trauma) of op Vietnam veteranen. Enerzijds doet dit vermoeden dat de effectiviteit van de onderzochte behandelingen niet alleen geldt voor de gevolgen van éénmalig trauma. Anderzijds is het een open vraag of de resultaten zich laten generaliseren naar de behandeling van patiënten met complexe PTSS/DESNos (ook al is dit het gevolg van eenmalige traumatisering), patiënten die lijden onder de gevolgen van herhaalde en langdurige traumatisering (al dan niet op jonge leeftijd). Experts tonen zich daarover niettemin veelal optimistisch (mits de verschillende interventies worden gedaan in het kader van een gefaseerde behandeling (zie voor een nadere toelichting en uitwerking: ¹⁹⁵). Voorts bestaat er redelijke consensus over de opvatting dat ernstige chronische PTSS (momenteel) relatief beperkt psychotherapeutisch kan worden beïnvloed.

Verder moet worden vermeld dat PTSS een zeer hoge co-morbiditeit kent met andere psychische stoornissen (80% of meer). Bij de opzet en uitvoering van de behandeling dient daarmee rekening gehouden te worden. Soms kan dan gebruik worden gemaakt van behandelmethoden die zowel effectief zijn gebleken bij de behandeling van PTSS als bij de voorkomende comorbide psychopathologie. In de meeste gevallen ligt de combinatie van verschillende interventies voor de hand.

Samenvattend kan, over de psychologische behandeling van PTSS, het volgende worden gezegd: Gelet op de bestaande evidentie verdient het zonder meer de voorkeur te behandelen met IE ofwel EMDR. De keuze te starten voor IE dan wel EMDR zal in de praktijk vooral worden gemaakt op basis van de beschikbare kennis en kunde bij een individuele therapeut of de desbetreffende instelling. Het feit dat EMDR een relatief sterk non-verbaal karakter heeft, doet vermoeden dat bij de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen het beste kan worden gestart met EMDR. Bedacht moet worden dat PTSS een hoge mate van co-morbiditeit kent en in verschillende gradaties van complexiteit voorkomt. Behalve in gevallen van 'schone' PTSS ten gevolge van type 1-trauma zullen interventies als CGT en EMDR altijd (onder)deel moeten uitmaken van een bredere, veelal gefaseerde behandeling.

Combinatietherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek. In Medline werden geen studies gevonden op combinaties met de volgende trefwoorden: posttraumatic stress disorder en treatment. Handmatig zoeken leidde tot één meta-analyse, die gebruikt werd om de effectiviteit van antidepressiva met cognitieve gedragstherapie te vergelijken. Tot op heden geen studies verricht waarin antidepressiva direct met cognitieve gedragstherapie zijn vergeleken. Ook is de combinatiebehandeling niet op effectiviteit geëvalueerd.

Effectiviteit antidepressiva versus CGT

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er zijn tot op heden geen studies verricht bij de posttraumatische stress stoornis (PTSS) waarin antidepressiva direct met cognitieve gedragstherapie zijn vergeleken. Er is één meta-analyse gepubliceerd waarin beide behandelingen met elkaar vergeleken zijn (1). Een probleem bij de interpretatie van de resultaten is dat onderzoek bij verschillende studiepogingen met elkaar vergeleken wordt. Met deze restrictie kan voorlopig uit deze meta-analyse worden afgeleid dat cognitieve gedragstherapie superieur is aan een behandeling met antidepressiva. Deze conclusie geldt voor een algehele beoordeling van de PTSS symptomen na behandeling. Wanneer gelet werd op symptoomclusters als intrusies en vermijding, blijkt de conclusie met name voor de vermijdingssymptomen te gelden. Deze verbeteren met cognitieve gedragstherapie beter dan met antidepressiva. Intrusiesymptomen lijken met beide behandelingen even goed te verbeteren. Het drop-outpercentage bij een behandeling met antidepressiva (32%) is significant groter dan bij cognitieve gedragstherapie (15%). Over terugvalpercentages na staken van een behandeling is bij PTSS niets bekend.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie superieur is aan antidepressiva bij PTSS. A1 Van Etten et al ¹²²
-----------------	--

Overige overwegingen:

Aangezien het dropoutpercentage gedurende een behandeling met antidepressiva groter is dan met cognitieve gedragstherapie, lijkt het zinvol om eerst te starten met een behandeling met cognitieve gedragstherapie, met name wanneer de voorkeur van de patiënt uitgaat naar een niet-medicamenteuze behandeling. Dit geldt niet voor patiënten met een comorbide depressieve stoornis. Deze kunnen waarschijnlijk beter eerst ingesteld worden op een antidepressivum.

Beslisboom

Richtlijntekst:

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er enige voorkeur voor psychologische interventies. Vanuit deze voorkeur wordt een keuze gemaakt in overleg met de patiënt.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap geldt: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Er zijn geen onderzoeksresultaten van combinatie psychologische en medicatiebehandeling bekend. Het advies is dan om de klinische indruk te laten prevaleren en bijv. medicatie te continueren wanneer dit enige verbetering gegeven heeft en men zal starten met psychologische interventies.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- De duur van de behandeling van PTSS is mede afhankelijk van de duur van de stoornis en het type trauma (type I of II).
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij dreigend stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in PTSS gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

Algemeen: stap 1

- Indien geen sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen psychologische behandeling en farmacologische behandeling, afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden, kosten etc., waarbij er echter een lichte voorkeur bestaat voor een psychologische behandeling.

Psychologische behandeling: stap 1

- In overleg met patiënt wordt er een keuze gemaakt tussen EMDR en Imaginaire Exposure zo nodig in combinatie met Cognitieve Therapie.

Psychologische behandeling: stap 2

- Bij een keuze voor EMDR: behandel 8 weken.
- Bij een keuze voor imaginaire exposure: behandel minimaal 8 weken. Stap bij onvoldoende resultaat geheel of gedeeltelijk over op cognitieve interventies.

Psychologische behandeling: stap 3

- Indien onvoldoende resultaat na 8 weken EMDR of maximaal 16 weken Imaginaire Exposure, eventueel in combinatie met Cognitieve Therapie: switch van EMDR naar Imaginaire Exposure of andersom.

Farmacotherapie: stap 1

- Een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. Het middel dient in adequate dosering ingesteld te worden. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden

Farmacotherapie: stap 2

- Een andere SSRI, in adequate dosering en duur (twaalf weken).

Farmacotherapie: stap 3

- Een TCA in adequate duur en dosering. Voor instellen op een TCA dient gezien de mogelijke bijwerkingen altijd ook psychologische behandeling gegeven te zijn als dat nog niet eerder gedaan is.

Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

Ook kan worden overwogen:

Farmacotherapie: stap 4

- Een MAOI

en:

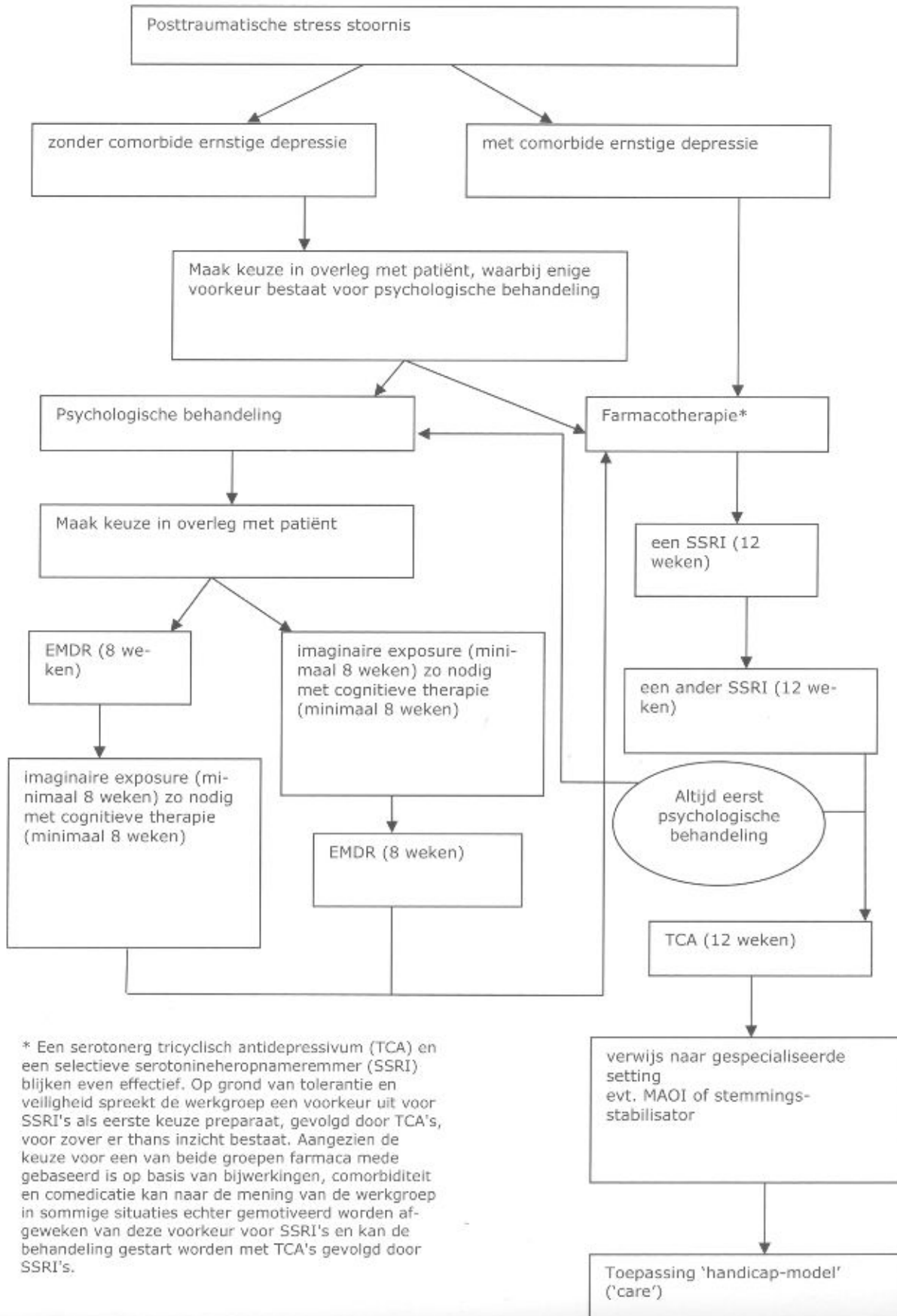
Farmacotherapie: stap 5

- Een stemmingsstabilisator

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

8.4.1 Beslisboom posttraumatische stressstoornis (PTSS)



Specifieke fobie

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies, (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de specifieke fobie. Er bestaat vooralsnog geen vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies of de effectiviteit van de combinatie van beide interventies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom zullen worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Inleiding

Medicatie wordt over het algemeen niet gezien als standaard behandeling voor de specifieke fobie. Dat komt omdat veel patiënten weinig last ervaren van de fobie bij hun dagelijkse bezigheden. Gedragstherapie, in de vorm van exposure in vivo, is uitgebreid onderzocht op effectiviteit en lijkt een eerste keuze behandeling.

Voor onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: specifiek phobia/simple phobia en treatment. Er is tot op heden één pilotstudie verricht waarin het antidepressivum paroxetine vergeleken wordt met placebo bij de specifieke fobie.

Aanbevelingen:

Effectiviteit, dosering en langere termijn

Wanneer een patiënt met een specifieke fobie geen baat heeft bij een gedragtherapeutische behandeling en dagelijks lijdt onder de angsten, kunnen antidepressiva worden overwogen. Op basis van onderzoek en ervaring bij andere angststoornissen komen de SSRI's en de TCA's imipramine en clomipramine in aanmerking in een streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis. Na vier weken kan het effect worden geëvalueerd. Wanneer antidepressiva effectief zijn, worden die een jaar gecontinueerd, en dan stapsgewijs afgebouwd, na voldoende uitleg over het optreden van eventuele onthoudingsverschijnselen. Benzodiazepinen moeten gereserveerd worden voor patiënten die zeer onregelmatig met de fobische stimulus worden geconfronteerd, die niet gemotiveerd zijn voor gedragstherapie en de betreffende situatie niet kunnen ontwijken. In deze gevallen kan gedurende de periode van blootstelling aan de angstwekkende situatie een benzodiazepine worden voorgeschreven in een lage dosering. Men moet de patiënt deze medicatie tenminste eenmaal voor proef laten gebruiken, zodat deze de eventuele bijwerkingen kent. Daarnaast past een advies om gelijktijdig geen alcohol te gebruiken, zoals bijvoorbeeld gedurende de vlucht bij een vliegphobie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit, dosering en lange termijn

Tot op heden is één kleine, gecontroleerde studie verricht met het antidepressivum paroxetine (1). In deze studie bleek paroxetine effectief in een dosering van 20 mg. Drie van de vijf patiënten reageerden op paroxetine, vergeleken met een van zes op de placebo. Het effect werd na vier weken behandeling geëvalueerd. Onder invloed van paroxetine verbeterden angst en vermijding. In deze studie was geen sprake van drop-out. Er zijn geen gecontroleerde gegevens beschikbaar over dosering en behandelduur.

Conclusies:

Effectiviteit, dosering en lange termijn

Niveau3	Paroxetine is veilig en effectief bij de behandeling van specifieke fobie. A2 Benjamin et al, 2000 ⁴²
----------------	---

Overige overwegingen:Effectiviteit, dosering en langere termijn*Overige overwegingen*

Ofschoon geen studies voorhanden zijn kan worden aangenomen dat alle SSRI's effectief zijn bij de specifieke fobie, en mogelijk ook de TCA's imipramine en clomipramine en de benzodiazepinen. Afgeleid van ervaring met antidepressiva bij andere angststoornissen kan worden verwacht dat vooral in de eerste weken van de behandeling bijwerkingen kunnen optreden. Goede voorlichting vooraf en langzame opbouw van de medicatie kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Het lijkt zinvol de patiënt op de streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis in te stellen, en deze dosering niet te snel op te hogen.

Voor wat betreft de duur van de behandeling lijkt een jaar aan te bevelen, om daarna de dosering langzaam te staken. Het lijkt te overwegen antidepressiva alleen voor te schrijven wanneer de patiënt dagelijks ernstig lijdt onder de specifieke fobie, en een ingestelde gedragstherapie ineffectief is gebleken.

Benzodiazepinen moeten gereserveerd worden voor patiënten die zeer onregelmatig met de fobische stimulus worden geconfronteerd, die niet gemotiveerd zijn voor gedragstherapie en de betreffende situatie niet kunnen ontwijken. Men kan denken aan een vlieg angst of angst voor de tandarts. In deze gevallen kunnen gedurende de periode van blootstelling aan de angstwekkende situatie benzodiazepinen worden voorgeschreven in een lage dosering.

Psychologische interventies bij specifieke fobie

Richtlijntekst:Keuze en verantwoording van de literatuur

Op Psychinfo (=Psychological Abstracts) en Pubmed (=Medline) is gezocht op simple phobia and behaviour therapy, respectievelijk and cognitive therapy, respectievelijk and cognitive behaviour therapy, respectievelijk and psychotherapy. Vervolgens is de zoekopdracht herhaald voor de termen specific phobia and behaviour therapy, respectievelijk and cognitive therapy, respectievelijk and cognitive behaviour therapy, respectievelijk and psychotherapy. Tevens is gebruik gemaakt van aanvullende niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

Onder de noemer specifieke (voorheen: enkelvoudige) fobie wordt een in principe eindeloze reeks fobieën begrepen die betrekking kunnen hebben op alle mogelijke objecten en situaties. DSM onderscheidt vijf subtypes: *dierfobieën* (fobie voor honden, katten, spinnen, etc.); *fobieën voor de natuurlijke omgeving* (fobie voor storm, bliksem, hoogtes, etc.); *bloed en letsselfobieën* (fobie voor injecties, medische ingrepen en verwondingen, etc.); *situationele fobieën* (fobie voor tunnels, bruggen, nauwe ruimtes, vliegreizen, etc.) en *andersoortige fobieën* (fobie voor kotsen, grote ruimtes, etc.). Uitgezonderd de bloed en letsselfobieën, die volgens sommigen tot een specifiek fysiologisch reactiepatroon van de patiënt zouden leiden, maakt men in de behandeling doorgaans geen onderscheid tussen de verschillende soorten fobieën. Wel bestaat er een doorgaande discussie over de plaats en behandeling van 'aangeboren', 'prepared' of 'niet-aangeleerde' fobieën. Men veronderstelt dat aan deze fobieën niet of nauwelijks leerervaringen ten grondslag liggen, terwijl men aanneemt dat dit bij de meeste andere specifieke fobieën wel het geval is. Voor de behandeling maakt het echter niet veel uit of een fobie al dan niet 'prepared' is. In beide gevallen kan de reactie op de fobische prikkel afnemen ten gevolge van herhaalde en langdurige blootstelling aan die prikkel.

Twee soorten interventies zijn op effectiviteit bij specifieke fobieën onderzocht: exposure in vivo en (in veel mindere mate) cognitieve therapie

Exposure in vivo

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo is de psychologische behandeling van voorkeur bij specifieke fobieën in het algemeen. Waar dat passend is moet voorafgaand aan exposure geruststellende informatie worden gegeven met betrekking tot de fobische situatie. Coping moet worden overwogen als hulpinterventie, in de vorm van 'applied tension' bij bloed-, letsel- en injectiefobie, en in de vorm van passende omgangsvormen bij diverse dierfobieën.

Wijze en duur van toepassing

Pas exposure in vivo toe, waar dat mogelijk is en start, waar dat niet het geval is, met een variant van imaginaire exposure. Kies voor een individuele behandeling of behandeling in een kleine groep met patiënten die dezelfde enkelvoudige fobie hebben. Combineer exposure met coping en 'modelling'. Geef, waar mogelijk, de voorkeur aan een korte intensieve behandeling (één-sessie behandeling). Pas anders een format toe van vier tot acht sessies in de frequentie van éénmaal per week een uur. Laat de patiënten gedurende de behandeling, maar ook nog daarna, thuis exposuretaken uitvoeren.

Duurzaamheid

Wijs de patiënt op de mogelijkheden van terugval na de behandeling en stimuleer hem om geregeld exposure in vivo te blijven toepassen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Er bestaan geen meta-analyses over psychologische interventies bij specifieke fobie. Er zijn wel diverse RCT's en enkele reviews. Exposure in vivo blijkt daarin de meest effectieve psychologische interventie te zijn voor specifieke fobieën in het algemeen ([36](#); [8](#); [116](#); [84](#)).

Voor een aantal specifieke fobieën zijn RCT's uitgevoerd, voor andere soorten specifieke fobie niet. Het meeste gecontroleerde onderzoek is gedaan bij bloed-, injectie- en letsel-fobie, bij verschillende dierfobieën, met name spinfobie en slangenfobie, bij claustrofobie en bij hoogtevrees. Bij één soort specifieke fobie, ruimtefobie (angst voor grote open ruimtes), is in casuïstisch onderzoek gevonden dat exposure in vivo mogelijk *geen* effect heeft ([245](#)).

Wijze en duur van toepassing

Exposure in vivo kan op vele manieren worden toegepast. De meest onderzochte vorm is exposure in een individueel format. Er zijn echter aanwijzingen dat exposure in groepsverband even effectief is ([83](#)). Dat is met name het geval wanneer de groepen betrekkelijk klein worden gehouden (3 á 4 patiënten: [270](#)), al zijn bij spinfobie ook successen vermeld met grotere groepen (7 á 8 patiënten: [270](#)).

Exposure in vivo bij specifieke fobieën wordt meestal herhaald toegepast in behandelingen die in doorsnee 4 tot 8 sessies duren ([8](#)).

Tegenwoordig wordt geëxperimenteerd met 'één-sessie-behandelingen' van specifieke fobieën. In één sessie van twee tot drie uur wordt de patiënt blootgesteld aan zijn fobische situatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van 'modelling' en coping. Deze behandeling is doorgaans ongeveer even effectief als langer durende behandelingen ([271](#)).

Graduele exposure is ongeveer even effectief als maximale exposure (flooding). Graduele exposure wordt door de meeste patiënten echter beter geaccepteerd en verdragen en verdient daarom de voorkeur.

Exposure in vivo is over het algemeen effectiever dan imaginaire exposure. Bij sommige fobieën is het echter moeilijk om graduele exposure in vivo toe te passen. Autorijden doe je nu eenmaal wel of niet. Niet een beetje. Hetzelfde geldt voor het maken van vliegvluchten en het ondergaan van injecties of andere medische ingrepen. In die gevallen wordt toch imaginaire exposure toegepast, voorafgaand aan in vivo exposure. Tegenwoordig past men ook imaginaire exposure toe met behulp van 'virtual reality'. Deze toepassingsvormen zijn niet zonder succes ([84](#); [144](#)).

Tussen zittingen in moeten patiënten over het algemeen thuis exposure opdrachten uitvoeren ([83](#)).

Al eerder werd opgemerkt dat veel interventies 'exposure' worden genoemd, terwijl in feite een gecombineerde interventie wordt toegepast waarbij naast exposure ook coping wordt aangeleerd (dikwijls in

de vorm van model leren) en waarbij ook geruststellende informatie wordt verstrekt over de fobische situatie of prikkel.

Duurzaamheid

Er is weinig bekend over de lange termijn effecten van exposure in vivo bij specifieke fobieën. Voor zover er follow-up gegevens zijn van RCT's gaan die de duur van één jaar zelden te boven. Uit de schaarse gegevens blijkt dat de effecten van exposure in vivo bij specifieke fobie in grote lijnen minstens een jaar stand houden (²⁷¹).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	<p>Exposure in vivo is effectief bij de behandeling van specifieke fobieën in het algemeen.</p> <p>A1 Craske, 1999⁸³ ; Craske & Rowe, 1997⁸⁴ ; A2 Brown, Hertz & Barlow, 1992⁶¹ ; Emmelkamp, Hoogduin & van den Hout, 2000¹¹⁶</p>
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	<p>Exposure in vivo bij enkelvoudige fobie werkt, over het algemeen, het beste wanneer zij wordt toegepast in een individueel format of in het format van een kleine groep. Aanleren van coping, actieve begeleiding en goede voorbeelden door de therapeut of door een ander vertrouwd niet-angstig persoon kunnen de effecten van exposure in vivo verder versterken. De behandeling kan gespreid en langer zijn (één keer per week gedurende vier tot acht sessies) of geconcentreerd en kort (éénmalige behandeling gedurende twee tot drie uur).</p> <p>A2 Craske & Rowe, 1997⁸⁴ ; Öst, 1997²⁷² ; Craske, 1999⁸³ .</p>
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 3	<p>De effecten van exposure in vivo bij specifieke fobie blijven minimaal een jaar bestaan.</p> <p>A2 Öst (1997)²⁷¹</p>
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Bij de behandeling van specifieke fobieën wordt voorafgaand aan exposure over het algemeen geruststellende informatie verstrekt over de objectieve gevaren die aan het fobisch object zijn verbonden. Exposure in vivo zelf wordt dikwijls in combinatie toegepast met andere interventies. Vaak gaat het om coping die de patiënt leert toepassen in de fobische situatie middels 'modellering'.

Met name bij de bloed-, letsel en injectiefobie lijkt het zinvol om exposure te combineren met 'applied tension', een methode waarbij de patiënt zijn spieren aanspant om zo een ongewenste snelle bloeddrukdaling te voorkomen bij confrontatie met de fobische prikkel. Bij dierfobieën is het gebruikelijk de patiënt eerst voor te lichten over de objectieve gevaarlijkheid van het betreffende dier. Ook leert de patiënt in dergelijke behandelingen, voorafgaande aan en tijdens exposure, dikwijls passende omgangsvormen aan ten opzichte van het betreffende dier. Cognitieve coping met behulp van positieve zelfverbalisaties lijkt de effecten van exposure in vivo doorgaans niet te verhogen (¹¹⁶). Of andere vormen van cognitieve therapie de effecten van exposure in vivo kunnen versterken is voorsnog onduidelijk (⁸³).

Wijze en duur van toepassing

Wanneer exposure in vivo om praktische of persoonlijke redenen niet meteen mogelijk is, kan worden gestart met imaginaire exposure of met exposure met behulp van 'virtual reality' technieken.

Duurzaamheid

Hoewel er weinig informatie is over de duurzaamheid van de effecten en hoewel er nauwelijks gegevens bestaan over de wijze waarop die duurzaamheid mogelijk kan worden verhoogd, lijkt een belangrijk therapeutisch advies aan de patiënt te zijn dat deze na de behandeling geregeld in contact blijft met de fobische situatie (Öst, Brandberg & Alm, 1997²⁷² ; Craske, 1999⁸³).

Cognitieve therapie

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Hoewel de aangetoonde effectiviteit van cognitieve therapie bij specifieke fobie pas de laatste jaren enige omvang begint te krijgen, nopen met name moderne inzichten in de aard van cognitieve therapie ertoe om cognitieve therapie niet bij voorbaat uit te sluiten als potentieel belangrijke interventie bij specifieke fobie. Vooralsnog echter zal, gezien de bestaande evidentie, de psychologische behandeling van specifieke fobie altijd in eerste instantie moeten bestaan uit exposure in vivo. Daarnaast kan men dan het gebruik van cognitieve elementen overwegen om de kans op succesvolle exposure te verhogen.

Wijze en duur van toepassing

Cognitieve elementen moeten vooralsnog slechts worden toegevoegd aan de behandeling van specifieke fobie met exposure in vivo wanneer de patiënt exposure nog niet aandurft of wanneer exposure alleen te weinig effect blijkt te hebben.

Duurzaamheid

Wijs de patiënt op het risico van terugval na de behandeling en stimuleer hem om geregeld exposure in vivo te blijven toepassen en opnieuw optredende irreële cognities steeds te blijven corrigeren.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Er bestaat enig bewijs voor de effectiviteit van cognitieve therapie bij de behandeling van specifieke fobieën. In enkele studies bleek cognitieve therapie even effectief als exposure in vivo. In een aantal studies bleek het toevoegen van cognitieve therapie aan exposure in vivo geen meerwaarde te hebben. In een enkel geval bleek het toevoegen van cognitieve therapie aan exposure in vivo tot slechtere resultaten te leiden dan exposure in vivo alleen (⁸⁴).

Wijze en duur van toepassing

In wat ouder onderzoek heeft cognitieve therapie bij specifieke fobieën vooral bestaan uit 'positieve zelf-statements' (¹¹⁸; ¹⁸⁴), in modernere cognitieve behandelingen gaat het eerder om geruststellende informatie (¹⁸⁶), en om het uitdagen en corrigeren van negatieve interpretaties (¹⁸⁶). Het gaat over het algemeen om kortdurende behandelingen van enkele tot maximaal tien zittingen.

Duurzaamheid

Er zijn geen gegevens bekend over de lange termijn effecten van 'pure' cognitieve interventies op de behandeling van specifieke fobieën.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Cognitieve therapie kan op zichzelf een effectieve behandeling zijn voor specifieke fobie. Vooralsnog moet de voorkeur echter worden gegeven aan exposure in vivo. A1 Craske, 1999 ⁸³ ; Craske & Rowe, 1997 ⁸⁴
-----------------	---

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	Verschillende soorten cognitieve therapie kunnen zinvol zijn bij de behandeling van specifieke fobieën. Deze behandelingen kunnen in een kortdurend format van enkele tot maximaal tien bijeenkomsten duren A2 Craske, 1999 ⁸³ ; B Emmelkamp & Felten, 1985 ¹¹⁸ ; Jeremalm, Jansson & Öst, 1986 ¹⁸⁴ ; de Jongh et al, 1995 ¹⁸⁶
-----------------	---

Duurzaamheid

Niveau 4	Er zijn geen gegevens over de lange termijn effecten van 'pure' cognitieve therapie bij specifieke fobieën.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Door de jaren heen zijn de opvattingen over wat cognitieve therapie is en de methodes die men rekende tot het domein van de cognitieve therapie fors veranderd. De verschillen tussen cognitieve therapie en gedragstherapie zijn vervaagd. Men kan tegenwoordig met recht beweren dat exposure in vivo leidt tot cognitieve veranderingen. In deze opvatting leidt een effectieve exposurebehandeling van specifieke fobie altijd tot (ook) een cognitieve verandering (⁸⁴). Cognitieve therapie bij enkelvoudige fobie kan niet meer worden beschouwd als een methode die volstaat met het bieden van incompatibele informatie middels logische redenering. Cognitieve therapie doet veel meer om cognities te wijzigen (³⁴⁵).

Om die redenen zou de combinatie van exposure in vivo met andere methodes die de disfunctionele interpretaties van de patiënt over de fobische stimulus beïnvloeden een zinvolle strategie kunnen zijn. In feite kan men de hulpinterventies die bij exposure in vivo doorgaans worden toegepast zoals coping, 'modelling' en geruststellende informatie verstrekken over de fobische prikkel zien als al lang bestaande cognitieve elementen binnen exposure behandelingen.

Wijze en duur van toepassing

Diverse cognitieve interventies kunnen doorgaans goed worden gecombineerd met exposure in vivo. Dat leidt echter niet per se tot betere resultaten.

Duurzaamheid

Omdat er geen informatie is over de duurzaamheid van de effecten van cognitieve therapie bij specifieke fobieën en er dus ook geen gegevens bestaan over de wijze waarop die duurzaamheid mogelijk kan worden verhoogd, lijkt een belangrijk therapeutisch advies aan de patiënt te zijn dat deze na de behandeling geregeld in contact blijft met de fobische situatie (²⁷²; ⁸³), en zo nodig zijn irreële cognities tracht bij te stellen.

Algemene conclusies mbt keuze van interventies

Richtlijntekst:

De volgende algemene aanbevelingen kunnen geformuleerd met betrekking tot de psychologische behandeling van specifieke fobieën:

- Onderzoek welke cognities en gedragspatronen de fobie in stand houden.
- Geef een rationale voor de wijze waarop de fobie heeft kunnen voortbestaan en voor de wijze waarop die factoren door de behandeling zullen worden beïnvloed.
- Geef aansluitend geruststellende informatie over het feitelijke gevaar dat de fobische prikkel vertegenwoordigt.
- Leer, zo nodig en zo mogelijk, de patiënt praktische vaardigheden aan om met de fobische situatie om te gaan of om zich in die situatie zo adequaat mogelijk op te stellen.
- Begeleid de patiënt actief (of laat dit doen door een goed geïnstrueerde, niet fobische vertrouwenspersoon van de patiënt) in de fobische situatie gedurende minimaal één langere (2 tot 3 uur) of meerdere kortere (4 tot 8 maal één uur) daadwerkelijke confrontaties met de fobische prikkel.
- Laat de patiënt tussen de afspraken door (zowel begeleid als ook alleen) geregeld oefenen in confrontaties met de fobische prikkel.
- Adviseer om ook na afloop van de behandeling geregeld actief de fobische situatie te blijven opzoeken.
- Overweeg andere of aanvullende interventies wanneer na 8 uur therapie onvoldoende resultaat is geboekt.

Beslisboom

Richtlijntekst:

- Bij een psychologische behandeling wordt in principe uitgegaan van wekelijkse zittingen. Bij specifieke fobie is het echter mogelijk om een aantal zittingen samen te voegen tot een langer durende zitting van twee of drie uur.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

Algemeen: stap 1

- Bepaal of sprake is van een bloed-, letsel-, of injectiefobie, dan wel van een dier-, natuur-, of overig type specifieke fobie.

Algemeen: stap 2

- Indien sprake is van een dier- natuur of overig type specifieke fobie, bepaal of de fobische situatie frequent voorkomt of niet

Farmacotherapie: stap 1

- Indien het gaat om niet frequent voorkomende situaties, behandel met incidenteel een benzodiazepine

Psychologische behandeling: stap 1a

- Behandel een frequent voorkomende specifieke fobie van het type dier-, natuur-, of overige met geruststellende informatie en exposure in vivo gedurende maximaal 8 weken.

Psychologische behandeling: stap 1 b

- Behandel bloed-, letsel- of injectiefobie met geruststellende informatie en exposure in vivo in combinatie met applied relaxation gedurende maximaal 8 weken.

Psychologische behandeling: stap 2

- Combineer, indien 1a of 1b onvoldoende resultaat opleveren, met cognitieve interventies en/of coping en/of modelling gedurende 2 tot 4 weken extra.

Combinatietherapie: stap 1

- Combineer bij onvoldoende resultaat de psychologische behandeling met een SSRI gedurende 8 weken.

Combinatietherapie: stap 2

- Combineer bij onvoldoende resultaat de psychologische behandeling met een TCA gedurende 8 weken.

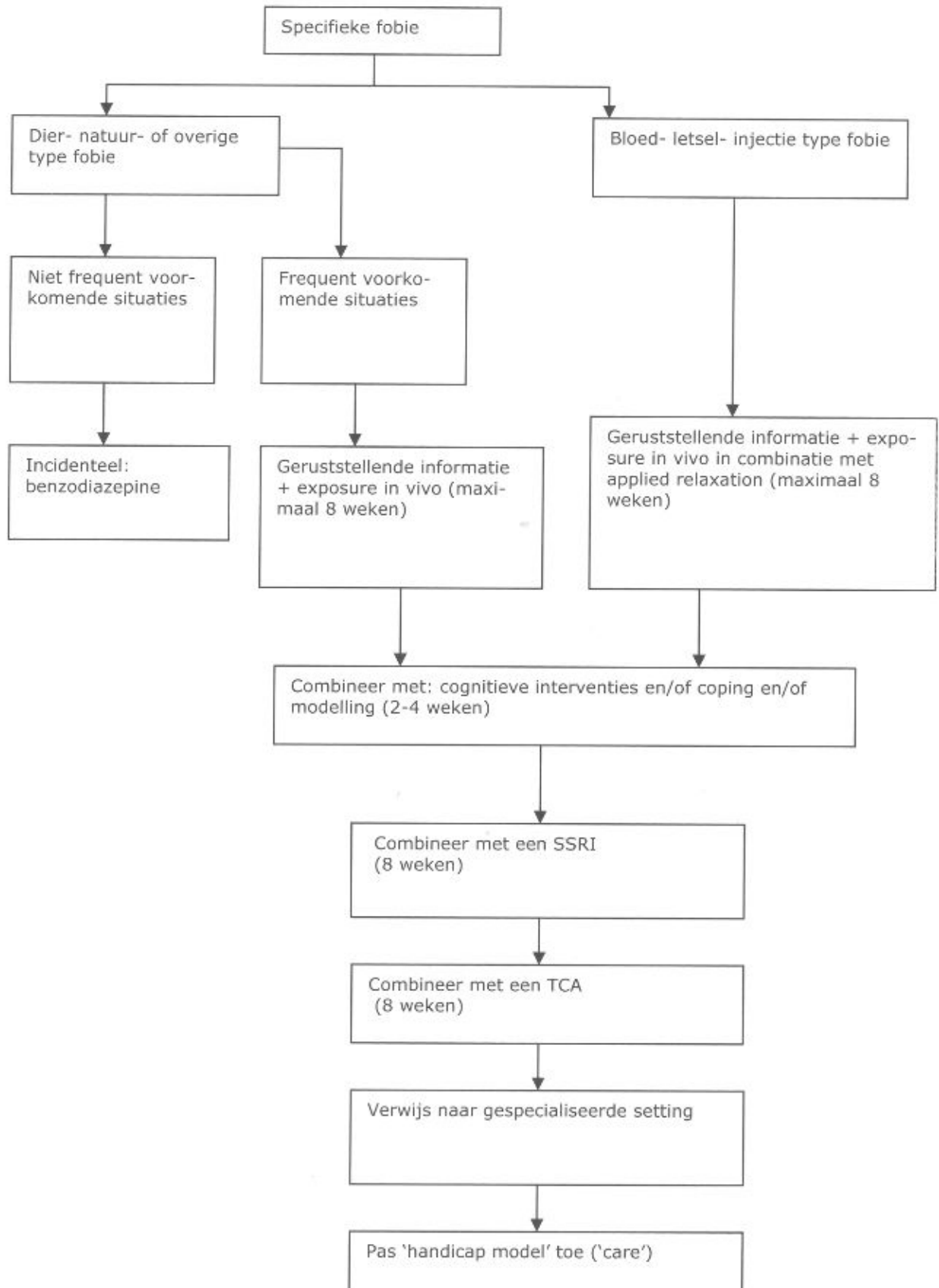
Combinatietherapie: stap 3

- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicap model. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

9.3.1 Beslisboom specifieke fobie



Hypochondrie

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: (a) onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies, (b) onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij hypochondrie. Er bestaat vooralsnog geen vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies of de effectiviteit van de combinatie van beide interventies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen over de farmacologische en/of psychologische en psychotherapeutische behandeling bij deze stoornis, waarbij deze adviezen eveneens beknopt in de vorm van een beslisboom zullen worden gepresenteerd.

Farmacotherapie

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: hypochondriasis en treatment.

Inleiding

Er is tot op heden één gecontroleerde studie verricht waarin het antidepressivum fluoxetine vergeleken wordt met een placebo bij de hypochondrie.

Aanbevelingen:

Effectiviteit, dosering en lange termijn

Wanneer men een patiënt met een hypochondrie medicamenteus wil behandelen kunnen antidepressiva worden overwogen. Op basis van onderzoek en ervaring bij andere angststoornissen komen SSRI's en de TCA's imipramine en clomipramine in aanmerking in de streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis. De patiënt moet goed worden voorgelicht over de werking en bijwerkingen. Wanneer het antidepressivum effectief is, wordt een jaar gecontinueerd, en dan stapgewijs afgebouwd, na voldoende uitleg over het optreden van eventuele onthoudingsverschijnselen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit bij dosering en lange termijn

Tot op heden is één gecontroleerde studie verricht bij 25 patiënten met het antidepressivum fluoxetine (1). In deze studie bleek fluoxetine effectief in een dosering van 20-80 mg. Tachtig procent van de patiënten die met fluoxetine behandeld waren reageerde op de medicatie, versus 50% op placebo. Het effect werd na 12 weken behandeling geëvalueerd. Onder invloed van fluoxetine verbeterden angst en vermijding. Er zijn geen gecontroleerde gegevens beschikbaar over dosering en behandelingsduur.

Conclusies:

Effectiviteit, dosering en lange termijn

Niveau 3	Fluoxetine is effectief bij de behandeling van hypochondrie.
-----------------	--

Overige overwegingen:Effectiviteit, dosering en lange termijn

Ofschoon geen studies voorhanden zijn, kan worden aangenomen dat alle SSRI's effectief zijn bij de hypochondrie, en mogelijk ook de TCA's imipramine en clomipramine.

Afgeleid van ervaring met antidepressiva bij andere angststoornissen kan worden verwacht dat vooral in de eerste weken van de behandeling bijwerkingen kunnen optreden. Goede voorlichting vooraf en langzame opbouw van de medicatie kan de patiënt ondersteunen de behandeling vol te houden.

Het lijkt zinvol de patiënt op de streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis in te stellen, en deze dosering niet te snel op te hogen. Voor wat betreft de duur van de behandeling lijkt een jaar aan te bevelen, om daarna zo mogelijk de dosering langzaam af te bouwen.

Psychologische interventies

Richtlijntekst:Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor de literatuur is gezocht in: National Library of Medicine (Medline) en Psychological Abstracts (Psychinfo). Er is gezocht met de steekwoorden: hypochondriasis, psychotherapy, cognitive behaviour therapy, review, meta-analysis en RCT. Waar nodig is gebruik gemaakt van aanvullende, niet systematisch gezochte literatuur.

Inleiding

Het onderzoek naar de psychologische en psychotherapeutische behandeling van hypochondrie is beperkt. Er zijn geen meta analyses gepubliceerd. In totaal zijn er drie gecontroleerde studies naar de behandeling van hypochondrie verschenen (³⁶⁹ ⁷² ³⁵⁹). Tevens zijn er enkele studies verschenen naar de behandeling van aan hypochondrie verwante stoornissen, zoals onbegrepen lichamelijke klachten, waarbij een percentage van de patiënten voldeed aan de diagnose hypochondrie (³³⁰ ¹⁸). Er zijn enkele reviews verschenen (³³² ³⁵⁹). Op grond van het gepubliceerde onderzoek kan geconcludeerd worden dat cognitieve gedragstherapeutische interventies de eerste keuze zijn als psychotherapeutische behandeling voor hypochondrie. Verschillende behandelstrategieën bleken effectief: cognitieve therapie, exposure in vivo met responspreventie en behavioural stress management. Op alle drie wordt hieronder ingegaan.

Cognitieve therapie

Aanbevelingen:Effectiviteit

Cognitieve therapie behoort tot de interventies van eerste keuze bij de behandeling van hypochondrie.

Wijze en duur van toepassing

Cognitieve therapie bij hypochondrie kan zowel worden gegeven in een individueel format van 10-20 sessies, als in een groepsformat van een vergelijkbare omvang.

Duurzaamheid

Maak vooraf afspraken met de patiënt over de handelwijze bij dreigende terugval en maak met patiënt en huisarts afspraken over de mogelijkheid om snel en kort te worden gezien bij dreigende terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:Effectiviteit

In drie gecontroleerde studies naar de behandeling van hypochondrie is een vorm van cognitieve therapie vergeleken met een controle wachtlijstconditie of een andere interventie. Cognitieve therapie bleek een effectieve behandelmethodede: effectiever dan een wachtlijst (³⁶⁸ ⁷² ³⁶¹), op de nameting in eerste instantie

effectiever dan behavioural stress management en op langere termijn even effectief (⁷²) en even effectief als exposure in vivo met responspreventie (³⁶¹)

Wijze en duur van toepassing

De cognitieve behandeling van hypochondrie richt zich op de catastrofale interpretaties van vaak lichamelijke sensaties en klachten. De eerste stap is het afsluiten van een duidelijk behandelcontract, waarin afgesproken wordt dat het doel van de behandeling het verminderen van de angst en overbezorgdheid is en niet vermindering van de lichamelijke klachten (zie ook overwegingen).

Vervolgens kunnen de bekende fasen van cognitieve therapie worden onderscheiden. de registratie, het opsporen van de automatische, catastrofale gedachten.

In het algemeen zal het opsporen van angstige gedachten bij hypochondere patiënten geen problemen geven. De meeste patiënten hebben een duidelijk idee over de ziekte waaraan zij zouden lijden. Wel is het belangrijk ook de specifieke interpretaties op te sporen die tot deze ideeën leiden.

het verbaal uitdagen van de automatische cognities.

Wanneer de automatische, angstproeppende gedachten geregistreerd zijn, worden deze doorgaans eerst verbaal uitgedaagd. Hierbij zijn onder andere de volgende voor hypochondrie wat meer specifieke vragen en tactieken aan de orde:

- - Zijn er andere verklaringen mogelijk voor deze lichamelijke sensaties? Hierbij worden alternatieve interpretaties geformuleerd. Deze alternatieven hoeven niet meteen al geloofwaardig voor de patiënt te zijn. Het gaat er om dat de patiënt überhaupt alternatieven kan formuleren.
- - Wanneer de patiënt moeite heeft alternatieven te bedenken kan hem gevraagd worden hoe een ander tegen dergelijke lichamelijke sensaties of klachten zou aankijken.
- - Tenslotte kan gevraagd worden wat het betekent als de patiënt inderdaad de ziekte zou hebben. Zeker bij een ernstige, dodelijke ziekte lijkt deze vraag wonderlijk, maar het is zinvol om de inhoud van de angst te exploreren en mogelijke irreële fantasieën boven tafel te krijgen.

Op deze wijze worden de meer disfunctionele cognities met betrekking tot lichamelijke symptomen en ziekte ontkracht, terwijl daarvoor in de plaats meer functionele cognities kunnen worden geformuleerd het uitvoeren van gedragsexperimenten.

In gedragsexperimenten worden vervolgens zowel disfunctionele cognities waarvan de geloofwaardigheid al enigszins is aangetast, als meer functionele cognities waarvan de geloofwaardigheid nog onvoldoende is gevestigd, in de praktijk getoetst.

Cognitieve therapie bij hypochondrie is tot nu toe uitsluitend onderzocht binnen een individueel format van ongeveer tien zittingen.

Duurzaamheid

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de lange termijn effecten van cognitieve therapie bij hypochondrie. Uit één onderzoek bleek dat de effecten na twaalf maanden min of meer behouden blijven (⁷²).

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 1	Cognitieve therapie is een effectieve behandelmethodede voor hypochondrie. A2 Warwick et al., 1996 ³⁶⁸ ; Clark et al, 1998 ⁷² ; Visser & Bouman, 2001 ³⁵⁹ B Avia et al., 1996 ¹⁸ ; Bouman & Visser, 1998 ⁵³
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	De effectiviteit van cognitieve therapie bij hypochondrie is aangetoond voor individuele behandelingen in een kortdurend format van ongeveer tien zittingen. A2 Warwick et al., 1996 ³⁶⁸ ; Clark et al, 1998 ⁷² ; Visser &
-----------------	---

Bouman, 2001 ³⁵⁹ B Avia et al., 1996 ¹⁸ ; Bouman & Visser, 1998 ⁵³
--

Duurzaamheid

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de effecten van cognitieve therapie bij hypochondrie minimaal een jaar stand houden. A2 Clark et al, 1998 ⁷²
-----------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Cognitieve therapie is een methode die door patiënten over het algemeen goed wordt geaccepteerd en verdragen. De methode is geprotocolleerd en kan dus betrekkelijk gemakkelijk worden uitgevoerd. Bovendien kan zij doorgaans worden gecombineerd met andere effectieve behandelmethodes als exposure in vivo.

Wijze en duur van toepassing

In effectonderzoek wordt doorgaans gezocht naar significante effecten. In de klinische praktijk streeft men naar optimale effecten. Binnen cognitieve gedragstherapie in het algemeen lijkt de grootte van een effect toe te nemen bij een beperkte verhoging van het aantal zittingen (⁴⁵).

Bovendien blijken cognitief-gedragstherapeutische behandelingen die in een individueel format effectief zijn min of meer even effectief te zijn binnen een groepsformat (¹¹⁵). Dat dit ook specifiek voor hypochondrie het geval kan zijn werd aangetoond door (¹⁸).

Duurzaamheid

Omdat bij hypochondrie evenmin veel bekend is van andere psychologische interventies, is betrekkelijke onduidelijkheid over de lange termijn effecten geen reden om af te zien van cognitieve therapie als interventie. Omdat hypochondrie een stoornis is die door zijn aard neigt tot recidief, is het belangrijk hieromtrent de algemene regels van 'good clinical practice' te hanteren: met de patiënt bespreken welke maatregelen hij kan nemen wanneer de klachten weer dreigen terug te komen en met patiënt en huisarts afspraken maken over de mogelijkheid om bij terugval snel te worden gezien voor één of enkele gesprekken.

Exposure in VIVO met responspreventie

Aanbevelingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo met responspreventie behoort tot de interventies van eerste keuze bij de behandeling van hypochondrie.

Wijze en duur van toepassing

Exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie wordt vooralsnog bij voorkeur gegeven in een individueel format van 10-20 sessies. Het kan de moeite waard zijn om het behandelprotocol in een groepsformat uit te voeren.

Duurzaamheid

Maak vooraf afspraken met de patiënt over de handelwijze bij dreigende terugval en maak met patiënt en huisarts afspraken over de mogelijkheid om snel en kort te worden gezien bij dreigende terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit

Exposure in vivo met responspreventie is in een open studie (Bouman & Visser, 1998) en een gecontroleerde studie (Visser & Bouman, 2001) vergeleken met cognitieve therapie. Exposure in vivo met responspreventie bleek een effectieve behandelmethodede voor hypochondrie, even effectief als cognitieve therapie.

Wijze en duur van toepassing

Ook bij een behandeling met exposure in vivo met responspreventie wordt begonnen met het afsluiten van een behandelcontract.

Bij hypochondrie kunnen globaal drie soorten van (actief en passief) vermijdingsgedrag onderscheiden worden: a. vermijding van situaties, activiteiten of informatie, die overbezorgdheid of angst kunnen veroorzaken, b. geruststelling zoeken bij bekenden en artsen, of door specialistisch medisch onderzoek, en c. controleren en in de gaten houden van het lichaam. Dit vermijdingsgedrag wordt op korte termijn bekrachtigd door een reductie van bezorgdheid en angst. Echter, op de lange termijn zal zowel de preoccupatie als de angst toenemen. Op basis van het specifieke vermijdingsgedrag (zowel het vermijden van stimuli als het controleren van het lichaam en geruststelling vragen) worden 'exposure in vivo' en 'responspreventie' opdrachten geformuleerd die de patiënt dient te oefenen. Exposure in vivo in de vorm van stapsgewijze blootstelling aan gevreesde stimuli heeft tot doel het vermijdingsgedrag te doorbreken. De patiënt wordt blootgesteld aan door hem gevreesde situaties, aan bezorgdheid uitlokkende lichamelijke verschijnselen en aan lichamelijke inspanning, met als resultaat dat het vermijden van deze beangstigende stimuli stap voor stap wordt verminderd. Responspreventie bestaat uit het stapsgewijs nalaten van gedrag dat leidt tot een kortdurende spanningsreductie, maar op langere termijn de preoccupatie doet toenemen. Dit gedrag bestaat bij de meeste patiënten uit het zoeken van geruststelling en het frequent controleren van het lichaam. De opdrachten worden door de patiënt gescoord op hun moeilijkheidsgraad en vervolgens hiërarchisch geordend van makkelijk naar moeilijk. De patiënt voert stap voor stap deze opdrachten als huiswerk uit, te beginnen met de minst moeilijke. De opdrachten houden dus in dat de patiënt zich stap voor stap blootstelt aan moeilijke situaties en tegelijkertijd spanningreducerend gedrag nalaat. Deze behandelingen duren doorgaans zo'n tien zittingen en worden in een individueel format gegeven.

Duurzaamheid

Er zijn geen gegevens bekend over de lange termijn effecten van exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie.

Conclusies:

Effectiviteit

Niveau 2	Exposure in vivo met responspreventie is een effectieve behandeling bij hypochondrie. A2 Visser & Bouman 2001 ³⁵⁹ ; B: Bouman & Visser, 1998 ⁵³
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 1	De effectiviteit van exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie is aangetoond voor een individueel kortdurend format van ongeveer tien zittingen A2 Warwick et al., 1996 ³⁶⁹ ; Clark et al, 1998 ⁷² ; Visser & Bouman, 2001 ³⁵⁹ B Avia et al., 1996 ¹⁸ ; Bouman & Visser, 1998 ⁵³
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 4	Er bestaan geen gegevens over de lange termijn effecten van exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit

Exposure in vivo met responspreventie is een behandelmethode die voor veel patiënten acceptabel is en die, door zijn geprotocolleerde vorm betrekkelijk eenvoudig kan worden toegepast. Bovendien kan de methode doorgaans goed worden gecombineerd met andere behandelmethodes, als cognitieve therapie.

Wijze en duur van toepassing

In effectonderzoek wordt doorgaans gezocht naar significante effecten. In de klinische praktijk streeft men naar optimale effecten. Binnen cognitieve gedragstherapie in het algemeen lijkt de grootte van een significant effect dikwijls toe te nemen bij een beperkte verhoging van het aantal zittingen (⁴⁵).

Bovendien blijken cognitief-gedragstherapeutische behandelingen die in een individueel format effectief zijn min of meer even effectief te zijn binnen een groepsformat (¹¹⁵).

Duurzaamheid

Bij diverse andere angststoornissen zijn de lange termijn effecten van exposure in vivo met responspreventie overtuigend aangetoond. Het is niet heel aannemelijk dat dit voor hypochondrie opeens niet het geval zou zijn, of in ieder geval dat de lange termijn effecten van exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie aanzienlijk slechter zouden zijn dan de inmiddels wel (in zeer beperkte mate) onderzochte en aangetoonde lange termijn effecten van cognitieve therapie bij deze stoornis.

Omdat hypochondrie een stoornis is die door zijn aard neigt tot recidief, is het belangrijk hieromtrent de algemene regels van 'good clinical practice' te hanteren: met de patiënt bespreken welke maatregelen hij kan nemen wanneer de klachten weer dreigen terug te komen en met patiënt en huisarts afspraken maken over de mogelijkheid om bij terugval snel te worden gezien voor één of enkele gesprekken.

Behavioural stress management

Aanbevelingen:

Effectiviteit van BSM

Vooralsnog lijkt behavioural stress management vooral geschikt te zijn als aanvullende interventie bij cognitieve therapie en exposure in vivo met responspreventie.

Wijze en duur van toepassing

Hoewel behavioural stress management uitsluitend is onderzocht in een individueel format kan worden overwogen om de methode ook in een groepsformat toe te passen.

Duurzaamheid

Maak vooraf afspraken met de patiënt over de handelwijze bij dreigende terugval en maak met patiënt en huisarts afspraken over de mogelijkheid om snel en kort te worden gezien bij dreigende terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Effectiviteit van BSM

In één gecontroleerde studie is behavioural stress management vergeleken met cognitieve therapie (⁷²). Op de nameting bleek cognitieve therapie effectiever, maar op de follow up na 6 maanden bleek behavioural stress management even effectief als cognitieve therapie.

Wijze en duur van toepassing

Behavioural stress management bestaat uit een combinatie van procedures. Onder andere identificatie van

stressors die een mogelijke invloed kunnen hebben op de ervaren lichamelijke sensaties. Verder applied relaxationprocedures, waarbij de patiënten een uitgebreide ontspanningstraining krijgen die ze uiteindelijk ook in het dagelijks leven kunnen toepassen. Verdere procedures zijn: probleem oplossen, assertiviteitstraining en tijdmanagement. De behandeling beslaat in totaal 19 sessies.

Duurzaamheid

De effecten van behavioural stress management bleken na een jaar in grote lijnen te zijn behouden (Clark et al., 1998⁷²)

Conclusies:

Effectiviteit van BSM

Niveau 3	Behavioural stress management lijkt een effectieve behandeling bij hypochondrie, maar mogelijk niet als eerste keuze gezien de snellere positieve effecten bij cognitieve therapie en exposure met responspreventie. A2 Clark et al, 1998 ⁷²
-----------------	--

Wijze en duur van toepassing

Niveau 3	Behavioural stress management wordt gegeven in een individueel format van in totaal 19 sessies A2 Clark et al, 1998 ⁷²
-----------------	--

Duurzaamheid

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de effecten van behavioural stress management bij hypochondrie minimaal een jaar stand houden A2 Clark et al, 1998 ⁷² ;
-----------------	--

Overige overwegingen:

Effectiviteit van BSM

Behavioural stress management lijkt een methode te zijn die vooral uit het aanleren van een meer adequate coping bestaat en die zich daardoor gemakkelijk laat inpassen in andere effectieve methodes voor hypochondrie als cognitieve therapie en exposure in vivo met responspreventie.

Wijze en duur van toepassing

Aangezien behavioural stress management vooral uit het aanleren van betere coping vaardigheden lijkt te bestaan, lijkt de methode zich goed te lenen voor toepassing in een groepsformat.

Duurzaamheid

Omdat van andere psychologische interventies bij hypochondrie evenmin veel bekend is over hypochondrie is betrekkelijke onduidelijkheid over de lange termijn effecten geen reden om af te zien van behavioural stress management als (onderdeel van een) interventie.

Omdat hypochondrie een stoornis is die door zijn aard neigt tot recidief, is het belangrijk hieromtrent de algemene regels van 'good clinical practice' te hanteren: met de patiënt bespreken welke maatregelen hij kan nemen wanneer de klachten weer dreigen terug te komen en met patiënt en huisarts afspraken maken over de mogelijkheid om bij terugval snel te worden gezien voor één of enkele gesprekken

Conclusie keuze psychologische interv.bij hypochondrie

Richtlijntekst:

Algemene conclusie met betrekking tot de keuze van psychologische interventies bij hypochondrie

Verscheidene auteurs (³⁶⁹) benadrukken een eerste en belangrijke fase in de behandeling van hypochondrie, namelijk het afsluiten van een duidelijk behandelcontract. Een onduidelijk behandelcontract kan juist bij hypochondere en somatiserende patiënten gedurende de hele behandeling problemen geven, aangezien de verwachtingen van de patiënt aldoor anders blijven dan het doel van de behandeling. Binnen een concreet behandelcontract is duidelijk wat wel en ook wat niet doel van de behandeling is. Bij de behandeling van hypochondrie is het doel van de behandeling een vermindering van de overbezorgdheid, angst en preoccupatie. Het doel is niet te werken aan een vermindering van de lichamelijke sensaties en klachten. Veel hypochondere patiënten hebben de verleiding om de effectiviteit van de behandeling af te meten aan de hoeveelheid lichamelijke klachten die ze nog ervaren. Het behandelcontract is dus een eerste therapeutische ingreep om de aandacht te verschuiven van de lichamelijke klachten naar de angst en preoccupatie. Het is verstandig om een vast aantal zittingen af te spreken over een bepaalde periode om te onderzoeken of deze benadering zinvol is voor deze patiënt.

Voor de keuze van de interventies kan men zich laten leiden door het beeld van de hypochondere klachten. Blijkt het actieve en passieve vermijdingsgedrag in de vorm van controleren, geruststelling zoeken en vermijden van situaties en activiteiten op de voorgrond te staan, dan kan men starten met exposure in vivo en responspreventie en later cognitieve therapie toevoegen. Wordt de angst daarentegen overheersend gevoed door de catastrofale misinterpretaties dan lijkt een start met cognitieve therapie gewenst. Blijken zowel exposure in vivo met responspreventie en cognitieve therapie onvoldoende resultaat op te leveren dan kunnen andere interventies uit behavioural stress management toegevoegd worden. Interventies als problem solving, of uitsluitend relaxatie zijn minder effectief bij de behandeling van hypochondrie (zie onder andere ⁷²).

Bij de behandeling van hypochondrie zou men de volgende stappen in acht kunnen nemen

- 1 Is er adequaat medisch onderzoek verricht, dat de diagnose hypochondrie rechtvaardigt.
- 2 Het afsluiten van een duidelijk behandelingscontract. Indien de patiënt zich hierin niet kan vinden, is het niet zinvol om met een psychologische behandeling te starten.
- 3 Afhankelijk van het beeld van de klachten starten met exposure in vivo met responspreventie of cognitieve herstructurering.

Indien de cognitieve en gedragsmatige interventies onvoldoende effect sorteren nog behavioural management procedures toevoegen.

Beslisboom

Richtlijntekst:

Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen. Wanneer de depressie voldoende is opgeklaard, wordt overgegaan op een combinatiebehandeling.
- Bij een milde of matige comorbide depressie wordt bij voorkeur een psychologische behandeling gegeven.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in hypochondrie gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

Psychologische behandeling: stap 1

- De eerste keuzebehandeling bij hypochondrie is psychologische behandeling. Deze bestaat uit exposure met responspreventie en/of cognitieve therapie, gedurende tien tot twintig weken.

Psychologische behandeling: stap 2

- Wanneer met één van beide methodes onvoldoende resultaat wordt geboekt, kunnen deze met elkaar worden gecombineerd. Op dat moment of later kan ook worden gecombineerd met behavioural stress management. Wanneer na in totaal maximaal 25 weken psychologische behandeling onvoldoende resultaat is geboekt moet een combinatiebehandeling worden ingezet.

Combinatiebehandeling: stap 1

- Indien onvoldoende resultaat met psychologische behandeling wordt bereikt of wanneer er een ernstige comorbide depressie is, wordt gecombineerd met farmacotherapie. In eerste instantie wordt behandeld met een SSRI gedurende minimaal 12 weken. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. Het middel dient in adequate dosering ingesteld te worden.

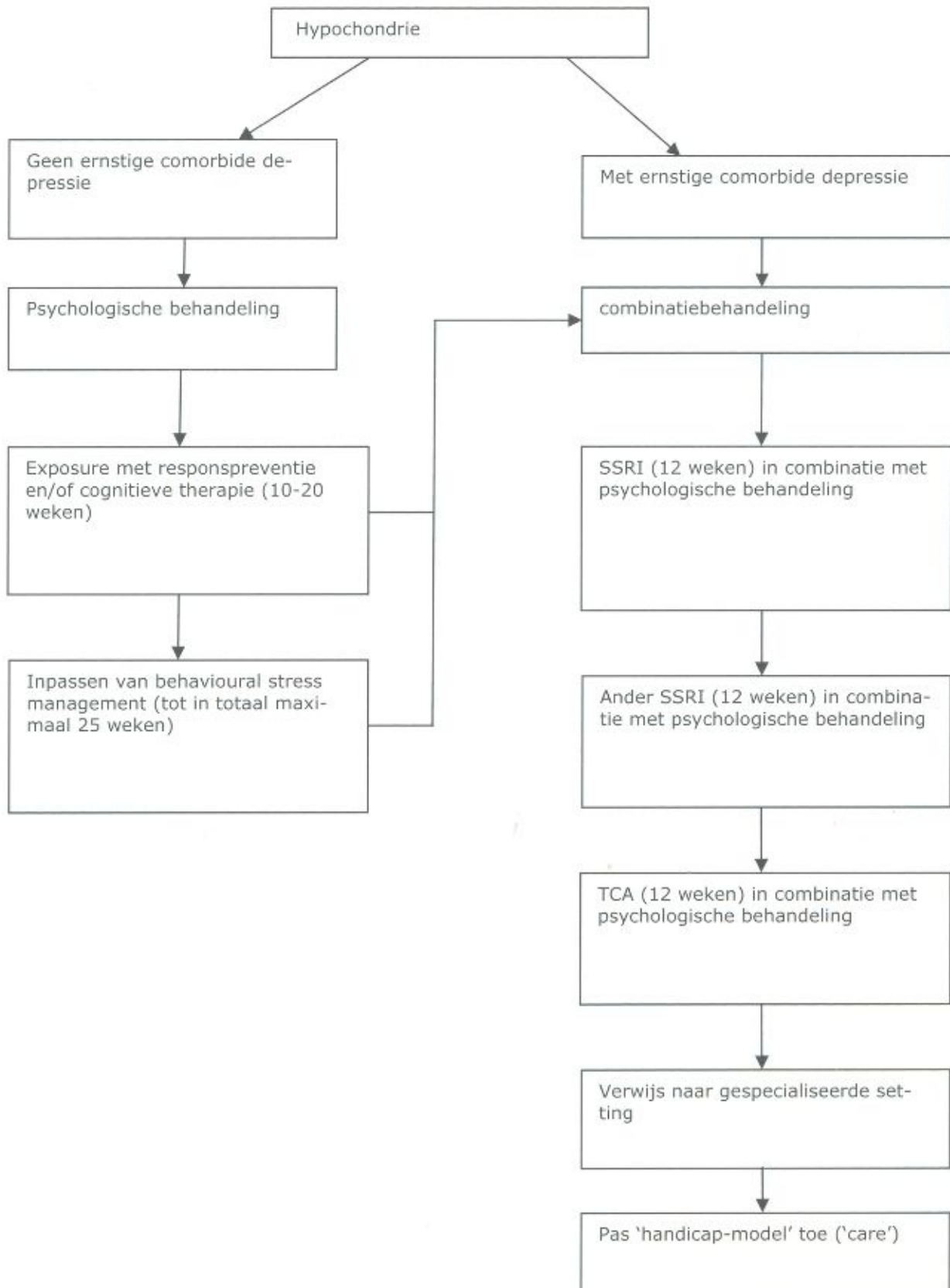
Combinatiebehandeling: stap 2

- Een ander SSRI. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden.
- Combinatiebehandeling: stap 3
- Een TCA in adequate dosering. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden.

Combinatiebehandeling: stap 4

- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.
- Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies
- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicap model. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

10.3.1 Beslisboom hypochondrie



Ondersteunende interventies

Richtlijntekst:

Inleiding

Ondersteunende interventies worden in dit document gedefinieerd als interventies die gericht zijn op de vermindering van individuele beperkingen en participatieproblemen in het maatschappelijk leven alsmede op het verminderen van belemmerende factoren en die een katalyserende functie kunnen hebben voor de psychologische en farmacologische interventies bij patiënten met angststoornissen. Ondersteunende interventies kunnen gedurende het gehele zorgproces op indicatie worden toegevoegd aan de onderscheiden psychologische en farmacologische behandelstappen. Ondersteunende interventies zullen vooral (maar niet uitsluitend) hun plaats hebben binnen de beslisbomen in de rubriek 'gespecialiseerde setting', zeker waar die setting uitgaat van een multidisciplinair behandel aanbod, waarbij het accent komt te liggen op het hanteren van de angstproblematiek zonder dat sprake is van een curatieve behandeling (toepassing 'handicap-model')." In voorafgaande hoofdstukken zijn geprotocolleerde psychologische en farmacologische interventies beschreven. In dit hoofdstuk komen interventies aan de orde die vaak afgeleid zijn van principes uit psychologische interventies maar niet of in mindere mate geprotocolleerd zijn. Deze interventies zijn meestal praktisch gericht en vinden plaats in het kader van een meer omvattend behandelprogramma. Er is bij de beschrijving van ondersteunende interventies geen onderscheid gemaakt in de discipline of behandelcontext waarin de interventie wordt uitgevoerd. Toch is dit wel essentieel in de toepassing ervan. De context van de behandeling (algemeen ziekenhuis, RIAGG, thuiszorg, huisarts, APZ, algemeen maatschappelijk werk) en de vaardigheden en opleiding van betrokken functionarissen bepalen de selectie van de interventies. In de bijlagen 2, en 3 is van de verpleegkundige discipline en het maatschappelijk werk beschreven welke ondersteunende interventies toegepast kunnen worden met voor die beroepsgroep specifieke informatie.

De beschrijving van de ondersteunende interventies is in dit hoofdstuk geordend aan de hand van de categorieën van het menselijk functioneren waar de interventie zich op richt. Hiervoor is de Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) als raamwerk gekozen omdat hierin zowel symptomen van angststoornissen als de gevolgen ervan voor het persoonlijk en sociaal maatschappelijk functioneren worden geclassificeerd. Hierin is de multidisciplinaire behandeling van angststoornissen herkenbaar. Omdat de hier beschreven interventies gericht zijn op de gevolgen van angststoornissen worden de componenten 'beperkingen', 'participatieproblemen' en 'belemmerende factoren' gebruikt. Voor de beschrijving van de 'stoornissen' wordt verwezen naar de DSM-IV criteria (zie hoofdstuk diagnostiek).

Classificeren van de in de literatuur gevonden interventies brengt in die zin problemen met zich mee dat de indeling arbitrair is. Bijvoorbeeld dramatherapeutische interventies zijn gericht op het sociaal beter functioneren van de patiënt. Zij kunnen echter ook een symptoomreducerende werking hebben al is dit niet het primaire behandeldoel. In die zin is sprake van een zekere abstractie in de beschrijving van de interventies. Dit, enerzijds om toch zoveel mogelijk aan onderbouwd materiaal te komen en anderzijds om niet te vervallen in zeer concrete beschrijvingen van behandelmethoden. In het onderstaande schema wordt een overzicht gegeven van de interventies en de indeling in de ICF classificatie.

Matrix multidisciplinaire interventies bij angststoornissen op basis van de Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Human Functioning Disabilities and Health' (ICF)

Component	Categorieën	Uitkomst/ beoogd resultaat	Interventies
Activiteiten (Beperkingen)	Communicatie	Communiceren, begrijpen van communicatie, converseren.	Dramatherapeutische interventies Psychomotorische interventies Dans- en bewegingsinterventies Muziektherapeutische interventies Beeldend therapeutische interventies Sociotherapie*

	Algemene taken en eisen	Ondernemen van taken, omgaan met stress en andere mentale eisen	Psychomotorische interventies Bevorderen van de coping Therapeutic touch Sociotherapie*
	Zelfverzorging	Zorgdragen voor eigen gezondheid, zelfverzorging	Zelfhulp
	Huishouden	Huishoudelijke taken, verwerven van benodigdheden	Sociotherapie*
	Tussenmenselijke interacties en relaties	Algemene tussenmenselijke interacties, Bijzondere tussenmenselijke relaties	Dramatherapeutische interventies Psychomotorische interventies Dans- en bewegingsinterventies Muziektherapeutische interventies Beeldend therapeutische interventies Sociotherapie*
Participatie (Participatie problemen)	Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven	Deel uitmaken van organisaties, recreatie, religie, mensenrechten, politiek en burgerschap	Lotgenotencontact/ Zelfhulpgroepen*
Omgevingsfactoren, (Belemmerende factoren)	Ondersteuning en relaties	Aanwezigheid van persoonlijk netwerk	Clubs*, hobby's*, ondersteuning van het netwerk
	Attitudes	Ondersteunende attitude in netwerk, dienstverleners en maatschappelijke attitudes	Patiëntenverenigingen* Arbeidsrehabilitatie
	Diensten, systemen en beleid	Voorzieningen mbt sociale zekerheid, welzijn, gezondheidszorg, onderwijs, werkgelegenheid	Arbeidsvoorzieningen* Huisvestingsvoorzieningen* Schuldsanering*

De met een * aangemerkte interventies zijn niet verder beschreven

Uitgangsvragen

De uitgangsvraag voor de beschrijving van dit hoofdstuk is: welke ondersteunende interventies zijn te onderscheiden bij de behandeling van angststoornissen? Er zijn meer gedetailleerde uitgangsvragen geformuleerd die veronderstellen dat de diverse interventies toegespitst zijn op de angstniveaus, wanneer welke interventie geschikt is, de context van de behandeling etcetera. Gezien de lage bewijskracht van de beschreven interventies of het ontbreken van informatie over deze vraagstellingen, kan hierover geen advies worden gegeven.

Keuze en verantwoording Literatuur

In verschillende literatuerbestanden (Cinahl, Psychinfo (w.o. Psychlit), Cochrane, Medline, Invert) is gezocht naar de volgende interventies: social support, social intervention, psychoeducation, social work intervention; counseling/counselling, crisis intervention, assertivity, sociotherapy, zelfhulpgroep/lotgenotencontact, reïntegratie/ rehabilitation, prevention, anticipation, nursing interventions/psychiatric nursing, problemsolving, relaxation, autogene training/meditation/calming technique, therapeutic touch, complementary therapy/alternative therapies. De interventies zijn gecombineerd met anxiety of anxiety disorder. Er is gezocht naar literatuur in het Engels, Frans, Duits en Nederlands vanaf 1990.

Het blijkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van praktische ondersteunende interventies in relatie tot bovenmatige angst en angststoornissen. De gevonden literatuur betreft voor een deel interventies die overlappen met psychotherapeutische interventies die in dit hoofdstuk niet beschreven worden. Het literatuuronderzoek leverde alleen over zelfhulp en therapeutic touch enkele relevante gerandomiseerde experimenten (RCT's) op.

Voor beschrijving van vaktherapeutische interventies is de volgende strategie gevolgd:

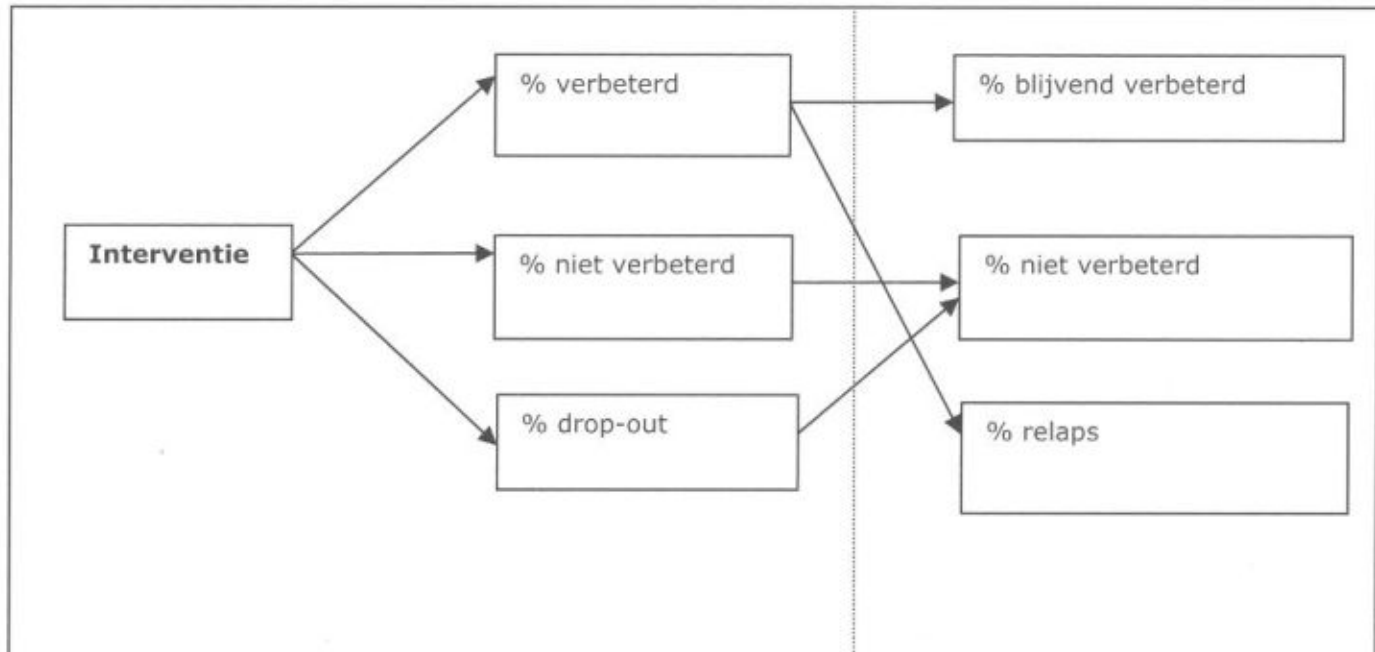
Gekozen werd voor een brede zoekstrategie in de databases van PsychINFO, Medline en Cochrane, Cinanl, Sportdiscus, PMT info site. De volgende trefwoorden en combinaties van trefwoorden werden ingevoerd: Nonverbal therapy, art therapy, music therapy, drama therapy, dance therapy, movement therapy, psychodrama, play back theatre, integrative movement therapy, movement expression, psychomotor therapy, relaxation, pesso therapy, running therapy, sport therapy, exercise, physical education, psycal recreation, bewegingstherapie, breathing therapy, breathing retraining. Deze werden gecombineerd met Anxiety Disorder over de periode 1970 tot 2001 voor de taalgebieden Engels, Nederlands, Frans, Duits en de publicatievormen Journal article, Meta-analysis en Systematic review, randomized clinical trials en follow-up. De resultaten van de searches in PsychINFO, Medline en Cochrane werden, om de overlap te verwijderen, in Reference Manager ondergebracht. Dit leverde voor de vaktherapeutische interventies 268 verwijzingen op, waarvan slechts een klein deel relevant is voor deze richtlijn. Verschillende trefwoorden, zoals Pesso therapy of Integrative movement therapy leverden geen referenties op. Een groot aantal van de verwijzingen betrof gedragstherapeutische studies waarbij Progressieve Relaxatie of Applied relaxation als behandelconditie of controleconditie werd onderzocht. De search werd aangevuld met o.a Nederlandse handboeken en publikaties zoals "Bewegen en Hulpverleners" die niet in de geautomatiseerde bestanden voorkomen.

Aanvullende werkwijzen van de werkgroep

Naar de mening van de diverse werkgroepleden (met name verpleegkunde en maatschappelijk werk) zijn te weinig interventies onderzocht die in de praktijk worden toegepast. Om tot een relevante beschrijving van interventies te komen heeft de werkgroep een lager niveau in de mate van bewijsvoering geaccepteerd. Hiervoor zijn nieuwe literatuursearches uitgevoerd, zijn in Nederland relevante handboeken geraadpleegd en is gebruik gemaakt van monodisciplinaire panelronden. Deze aanvulling is uitgevoerd door de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep en het maatschappelijk werk. Iedere discipline heeft hierin een eigen strategie gevolgd waarvan verslag wordt gedaan in het subhoofdstuk "Interventies door verpleegkundigen en maatschappelijk werk". Een beschrijving van ondersteunende interventies per afzonderlijke angststoornis is gezien de lage bewijskracht niet zinvol. Bovendien zijn de gevonden interventies niet ontwikkeld voor een specifieke angststoornis. Er kan dan ook geen hiërarchie worden aangegeven in mate van werkzaamheid of relevantie.

Bij de toepassing van de diverse interventies moet worden overwogen in welke mate de betreffende interventie past binnen de behandel filosofie van de hulpgevende instantie. Vanuit milieutherapeutisch oogpunt houdt dit in dat bepaalde interventies gecontra-indiceerd kunnen zijn. Zoals eerder gesteld is de basis van deze interventies meestal praktisch gericht en worden deze in het kader van een meer omvattend behandelprogramma toegepast.

Figuur 1 Model kosteneffectiviteitanalyse



Er zijn meerdere ondersteunende interventies beschreven bij angststoornissen. Ondersteunende interventies worden in dit document gedefinieerd als interventies die gericht zijn op de gevolgen van angststoornissen voor het persoonlijk functioneren en het verminderen van belemmerende factoren en een katalyserende functie kunnen hebben voor psychologische en farmacologische interventies bij patiënten met angststoornissen. De mate van bewijsvoering over de effectiviteit van ondersteunende interventies is laag. Hierover kan geen andere uitspraak worden gedaan dan een beschrijving van de algemene mening in Nederland op basis van literatuuronderzoek en paneldiscussies. Wel zijn er aanwijzingen uit wetenschappelijk onderzoek dat zelfhulp aangeboden kan worden bij de paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis, maar dat enige professionele ondersteuning en controle hierbij noodzakelijk blijft.

Vele van de ondersteunende interventies worden binnen vaktherapieën aangeboden. Doordat de interventies niet protocollair verlopen is de eclecticische toepassing ervan voor de hand liggend. De ondersteunende interventies worden veelal in het kader van een breder behandelprogramma aangeboden waarvan farmacotherapie en/of psychotherapeutische interventies primair gericht op het terugdringen van de angststoornis deel uitmaken. Bij angststoornissen met ingrijpende gevolgen voor verschillende levensgebieden van de patiënt vormen ondersteunende interventies een belangrijke aanvulling op de primair farmacologische en/of psychotherapeutische behandeling van de angststoornissen zelf. Verder wetenschappelijk onderzoek is nodig om specifieke indicaties voor ondersteunende interventies en de werkzaamheid en doelmatigheid van de onderscheiden ondersteunende interventies nader te bepalen.

Interventies gericht op beperkingen in het persoonlijke functioneren

Richtlijntekst:

Deze component van het menselijk functioneren heeft betrekking op het vermogen en het uitvoeren van het menselijk handelen. Het bevat categorieën over communicatie, algemene taken en omgaan met stress, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interacties en relaties. Dit houdt concreet in dat de patiënt in staat is om zichzelf lichamelijk te verzorgen, de huishouding te voeren en mentaal om te gaan met de stress

die het uitvoeren van de taken met zich meebrengt. De hieronder genoemde interventies over het verbeteren van copingstrategieën, psychomotorische interventies en andere non-verbale therapeutische interventies hebben als primair doel beperkingen in het persoonlijk functioneren te reduceren.

Zelfhulp

Richtlijntekst:

Zelfhulp

Gevonden resultaten bevatten drie onderzoeken, uitgevoerd bij patiënten die voldeden aan officiële criteria voor een of meer angststoornissen. In één geval werd zelfhulp vergeleken met de gebruikelijke zorg door de huisarts (328). In een ander onderzoek werd zelfhulp vergeleken met mondelinge adviezen en wachten op behandeling (377). In het derde onderzoek werd zelfhulp vergeleken met verschillende soorten medicatie en cognitieve gedragstherapie (353). De zelfhulp betrof vormen van psychoeducatie: een boekje met enerzijds informatie over ontstaan, beloop en instandhouden van de stoornis e.d., en anderzijds oefeningen, waaronder ontspanningsoefeningen om acute angst te hanteren en te helpen voorkomen.

De onderzoeken met de zelfhulppakketten zijn verricht bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis en/of een paniekstoornis met of zonder agorafobie. De drie onderzoeken tonen in grote lijnen dezelfde resultaten: zelfhulp wordt positief gewaardeerd en vermindert de symptomen van angst significant beter dan gebruikelijke zorg (Sorby en Reavley, 1991) of adviezen en wachten op een tweedelijns behandeling (377). Zelfhulp lijkt minstens even goed te werken als cognitieve gedragstherapie (352), vooral bij patiënten zonder persoonlijkheidsproblematiek (353). Het effect van zelfhulp was bij huisartspatiënten voornamelijk een korte termijn effect (2-4 weken) (328). In de tweedelijns onderzoeken waren de gunstige effecten ook na 2-3 jaar nog aantoonbaar (352) (376). Voor een deel van de mensen gold dat zelfhulp voldoende was om weer greep op de situatie te krijgen en zonder aanvullende therapie verder te kunnen.

De zeggingskracht van de onderzoeken wordt beperkt door de kleine aantallen patiënten. Het onderzoek van Sorby et al. betrof 49 patiënten van wie 30 zelfhulp kregen (328). Het onderzoek van White betrof 62 patiënten van wie 21 zelfhulp kregen (377). Bij Tyrer et al. ging het om 210 patiënten van wie er 36 zelfhulp kregen (352). In het laatste onderzoek bevonden zich ook 56 patiënten met dysthymie. Verder betroffen de verschillende onderzoeken volwassenen en is in veel gevallen een aantal categorieën uitgesloten: alcohol-, medicijn-, of drugverslaving, ervaring met cognitieve gedragstherapie (1 keer), psychotische symptomen en andere (ernstige) psychiatrische stoornissen.

Aanbevelingen:

Zelfhulp

Zelfhulppakketten kunnen worden aangeboden aan patiënten met een GAS of paniekstoornis (al of niet met agorafobie).

Het is aan te raden dit te ondersteunen met weinig frequente ondersteunende contacten, bijvoorbeeld om de 2-4 weken 10-30 minuten.

Zelfhulp kan op zichzelf staand worden gegeven (met name aan patiënten met relatief lichte stoornissen, zonder persoonlijkheidsproblematiek), of worden gecombineerd met medicatie.

Zelfhulp kan met name worden gegeven aan patiënten die moeten wachten op CGT; zelfhulp kan patiënten voorbereiden op CGT.

Wanneer zelfhulp als enige behandeling wordt aangeboden, is het zaak het effect na twee weken tot een maand te beoordelen.

Wanneer er nauwelijks of geen verbetering is opgetreden, is het raadzaam om de cliënt alsnog medicatie en/of CGT aan te bieden.

Conclusies:

Zelfhulp

Niveau 2	Zelfhulp is effectiever dan geen specifieke behandeling bij gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis met of zonder agorafobie. Zelfhulp is het meest effectief bij afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen B Sorby et al, 1991 ³²⁸ ; B White, 1995 ³⁷⁷ ; B Tyrer et al,
-----------------	--

Overige overwegingen:**Zelfhulp**

Zelfhulp vraagt de nodige discipline van de patiënt. Om het succes van de zelfhulp te bevorderen, is het aan te raden een lichte ondersteuning te bieden in de vorm van korte follow-up gesprekken met de 'zelfhulpers', patiëntenorganisatie of lotgenotengroep. Dit kan zowel door de huisarts, een (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige als een maatschappelijk werker gebeuren. Zelfhulp is op z'n best even effectief als medicatie of cognitieve gedragstherapie (CGT), maar de werkzaamheid is veel minder robuust onderbouwd dan van deze gevestigde therapieën. Voor CGT bestaat vaak een wachttijd.

Beeldende therapeutische interventies**Richtlijntekst:**

Binnen de literatuur m.b.t beeldende therapie en angststoornissen is met name geschreven over posttraumatische stressstoornis en daarnaast over agorafobie en obsessief-compulsieve stoornis. Uit diverse bronnen ([27](#), [157](#), [164](#), [214](#), [323](#), [363](#), [373](#)) blijkt men in de praktijk te ervaren dat beeldende therapie een duidelijke bijdrage kan leveren aan de verwerking van traumatische ervaringen. Zo wordt bijvoorbeeld binnen Warchild veel gebruik gemaakt van vaktherapieën. Beeldende therapie onderscheidt zich van andere vaktherapieën doordat er gebruik wordt gemaakt van "beelden" die op een enkele uitzondering na, een blijvend karakter hebben. Men wordt binnen beeldende therapie uitgenodigd om met materialen tot een persoonlijk werkstuk te komen. Bij angstige cliënten kan beeldende therapie een actieve vorm zijn om nieuwe ervaringen op te doen. ([373](#)) duidt aan dat de behandeling binnen beeldende therapie uit vier belangrijke aspecten bestaat:

- het naar voren halen en integreren van tot dan toe afgesloten traumatische herinneringen
 - de communicatieve functie van beeldende werkstukken
 - de mogelijkheden om het trauma op een beeldende manier te documenteren
 - het bieden van een verwerkingsritueel

De eerste drie aspecten worden ook genoemd door ([291](#)). Zij beschrijft dat praten over het trauma angst kan oproepen en bijbehorende lichamelijke reacties. Dit hoeft niet het geval te zijn bij het maken van beeldend werk; het geeft een mate van afstand. Ook ([323](#)) geeft aan dat het resultaat van het beeldend werken helpt bij het afstand nemen van de emotie en het cognitief integreren van de emotie en het verlenen van betekenis. Beeldende therapie gaat op verschillende manieren het gevoel overspoeld te worden door angstgevoelens tegen. Dit gebeurt door het proces van afstand nemen en doordat de client het gevoel ontwikkelt dat hij zelf het stuur (weer) in handen kan hebben (v. Gerwen 1996). ([145](#)) duidt aan dat het belangrijk is om binnen beeldende therapie te beginnen met het verminderen van de vermijdingsdrang. Hierdoor vermindert de angst en is een verwerkingsproces mogelijk.

Aanbevelingen:

Beeldend therapeutische interventies blijken in de praktijk mogelijkheden te bieden voor de cliënt met angststoornissen om op non-verbale wijze aan verwerking en vergroting van het controlegevoel te werken. Zij zijn een onderdeel van een multidisciplinaire aanpak.

Conclusies:

Niveau 4	<p>Er zijn aanwijzingen dat beeldende therapie bij de behandeling van angst c.q. angststoornissen bruikbaar is. Beeldende therapie kan een goede effectieve aanvulling zijn als woorden te kort schieten, het te angstig is om woorden te gebruiken of, zoals het bij kinderen kan voorkomen, de juiste woorden nog niet te vinden zijn.</p> <p>D Posthuma, 2001²⁹¹; Baljon e.a, 1999²⁷; Gerven, M. van. 1996¹⁴³; Glas, 1988¹⁴⁵; Hagood, 2000¹⁵⁷; Hellendoorn,</p>
-----------------	---

1992¹⁶⁴ ; Malchiodi, 1990²¹⁴ ; Smeyster, 2001³²³ ; ter Voert, 2001³⁶³ ; Wertheim-Cahen, 1991³⁷³ .

Overige overwegingen:

Beeldende therapie kan zowel individueel als in een groep worden aangeboden. Deze interventie maakt vaak onderdeel uit van het sociotherapeutisch klimaat (programma) waarbij naast de aangegeven interventie gebruik wordt gemaakt van het groepsproces (als de therapie in groepen wordt aangeboden). Hierdoor krijgt de interventie een extra dimensie. Beeldende therapie wordt in Nederland vaak in een geoutilleerde omgeving aangeboden. Door onder andere War Child worden beeldende therapeutische interventies op verschillende locaties toegepast.

Bevordering van de coping

Richtlijntekst:

Coping kan gezien worden als de constant veranderende cognities en gedragingen om specifieke externe en of interne stress te beheersen als die wordt ingeschat als belastend of de draagkracht van het individu dreigt te overschrijden (²⁰³). Interventies hebben betrekking op het hertaxeren van stress, beoordelen van de persoonlijke reactie op stress, vergroten van de controle of verschuiven van een externe naar interne locus of control. Interventies zijn gericht op het actief verbeteren van copingstrategieën. Zij bestaan uit het vergroten van het controlegevoel bij de patiënt en het aanleren van nieuwe copingstrategieën die in een therapeutische situatie geoefend kunnen worden. (³⁰⁵ ; ²³⁷). (²⁴²) beschrijft een reeks van interventies die gericht zijn op het veranderproces bij de patiënt aangaande het verbeteren van zijn of haar coping. Zij beschrijft naar aanleiding van literatuuronderzoek de volgende beoogde resultaten:

- de patiënt ervaart dat hij in staat is om de spanning/bedreiging het hoofd te bieden
- de patiënt houdt zich bezig met de objectieve evaluatie van de stressor
- de patiënt ontwikkelt bewustzijn van huidige reactiepatroon op stress
- de patiënt ervaart een verbeterd zelfbeeld
- de patiënt past adequate copingstrategieën toe
- de patiënt ontwikkelt en gebruikt adequate coping
- de patiënt evalueert de impact van copingstrategieën

Aan deze doelen zijn interventies verbonden die bestaan uit zeer concrete gedragsbeschrijvingen. Hiervoor wordt naar de onderstaande literatuur verwezen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De conclusies van (³⁰⁵), alsmede (²³⁷) zijn gebaseerd op literatuuronderzoek. In Nederland worden deze interventies op kleine schaal gebruikt. Er is geen klinisch onderzoek bij patiënten met angststoornissen bekend. Gesteld kan worden dat sprake is van 'best practice' zodat geen uitspraak kan worden gedaan over de effectiviteit van de interventies.

Conclusies:

Niveau 4	Bevordering van de coping is een op literatuuronderzoek gebaseerde interventie waarvan de bronnen een lage bewijskracht hebben. De effectiviteit is niet vastgesteld. D Bulechek & McCloskey, 1997 ²³⁷ ; Carpenito, 1998 ⁶⁵ ; McFarland, Wasli, Gerety, 1992 ²⁴² ; Roodbol en Rutgers, 2002 ³⁰⁵
-----------------	---

Overige overwegingen:

Gezien het feit dat in Nederland geen onderzoek bekend is over de effectiviteit van bevordering van de coping en bestaande richtlijnen vaak gebaseerd zijn op 'best practice', heeft het zin om deze interventies 'bij gebrek aan beter' voor de individuele cliënt te beoordelen op toepasbaarheid. Wel is multidisciplinaire afstemming noodzakelijk.

Dramatherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Dramatherapeutische interventies zijn bij angststoornissen een middel om in te zetten bij het leren van sociale vaardigheden; van positieve cognities, en het verminderen van negatieve cognities, het leren (her)kennen van kleinerende of zelfinperkende gedachten en leren deze te vervangen door gedachten gestoeld op reële inschatting van de eigen capaciteiten (¹⁵⁹).

Dramatherapeutische interventies kunnen te allen tijden gebruik maken van distantie en een rol spelen voor zowel diagnose als behandeling. Het distantie model (underdistance, overdistance en Aesthetic distance) van (²⁰²) is goed te gebruiken bij angststoornissen om een balans te vinden in de *emotionele betrokkenheid voor het aangaan van de angst*. Door blootstelling aan de angstproeppende situaties (exposure) wordt de gevoeligheid voor angst systematisch verminderd. Er zal op zoek gegaan worden naar de juiste balans tussen afstand en het voorwerp dat de fobie oproept. Binnen dramatherapeutische interventies kunnen projectie voor- of onderwerpen ingezet worden die in eerste instantie een te grote afstand hebben tot de fobie en dan kunnen er stap voor stap voorwerpen ingezet worden die meer de fobische situatie representeren tot er een balans is gevonden.

Voor de inzet van dramatherapeutische interventies in de behandeling van sociale angst kan er begonnen worden met een individuele behandeling die voortgezet wordt in een groepsproces. Er kan gebruik gemaakt worden van verschillende interactiestijlen die geoefend kunnen worden binnen het veilige kader van de 'als-of' situatie. Het role-model van (¹⁸⁵) waarin een persoon verschillende relaties kan ervaren en onderzoeken is hierbij bruikbaar. Het model bestaat uit het spelen van situaties tussen twee personen. De persoon die in deze situatie betrokken is, heeft te maken met de relatie tussen de persoon en het personage, de relatie tussen de twee personen, de relatie tussen de twee personages, en de relatie tussen de persoon en het personage van de ander. Deze relaties zouden stap voor stap onderzocht kunnen worden.

Aanbevelingen:

Dramatherapeutische interventies zijn in het kader van een multidisciplinaire behandeling bruikbaar bij het behandelen van angststoornissen.

Ze kunnen toegepast worden voor het verminderen van de gevoeligheid voor uiteenlopende angstige situaties, met name situaties met een interactieel karakter.

Conclusies:

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen vanuit de behandelpraktijk dat dramatherapeutische interventies bruikbaar zijn bij de behandeling van angststoornissen. Ze kunnen een positief effect hebben op het systematisch minder gevoelig worden voor angst. Sociale vaardigheden kunnen verder worden verbeterd evenals het reëler inschatten van eigen mogelijkheden. D Hattum, 2000 ¹⁵⁹ ; Johnson, 1981 ¹⁸⁵ ; Landy, 1997 ²⁰² .
-----------------	--

Overige overwegingen:

Door direct handelend actief te zijn leent deze vorm zich m.n. voor interactieel situaties Het geeft uitbreiding aan rolrepertoire, zelfbeeld en sociale interacties. Meestal vinden dramatherapeutische interventies plaats binnen het kader van een multidisciplinair behandelingsaanbod.

Muziektherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Het merendeel van de gevonden referenties handelt over de vraag hoe angst als stemming te beïnvloeden is. Er bestaan talloze onderzoeken naar het effect van muziek op 'anxiety' en een systematische review van onderzoek naar muziektherapie en stress-reductie (¹⁵⁸). Muziektherapie zou een positief effect hebben op 'State Anxiety' vergeleken met 'Trait Anxiety' (³²⁵). Er zijn echter geen klinische studies naar de effectiviteit van muziektherapeutische interventies bij patiënten met angststoornissen. Een studie van (¹⁸⁸) toont aan dat muziektherapie voor cliënten met een angststoornis die nog maar kort in behandeling zijn kan helpen bij het

verminderen van spanning ten gevolge van de nieuwe omgeving en behandelsituatie en dat vertrouwen in de therapeut en/of behandeling kan worden vergroot. ⁽¹⁵⁸⁾ bericht in een systematische review over talrijke studies waarin muziek effectief werd bevonden in het uitlokken van ervaringen van verhoogde ontspanning zoals die gemeten worden in de A-State Anxiety Inventory scores en verbale uitspraken. ⁽³¹¹⁾ vond dat verbale stimuli, door actief verbaal gebaseerde cognitieve processen te activeren, van de ontspanningstraining kon afleiden. Uit analyse van de respons van proefpersonen bleek dat het luisteren naar muziek hen hielp het afdwalen van hun gedachten te voorkomen en dat concentratie op de ontspanningsoefening toenam. Deze studies ondersteunen mogelijk de aanname van veel onderzoekers dat een efficiënter ontspanningsproces de uitkomst is van vergrote non-dominante hersenactiviteit, omdat muziek luisteren een nondominante hemisferische functie is. Muziek is ook een effectieve bekrachtiger omdat het, als een auditieve stimulus, de ruimte vult en moeilijk te negeren is. Individuen kunnen leren muzikale ervaringen actief in te zetten voor de bekrachtiging van ontspanning, wat voor de meeste mensen een prettige ervaring is. Door cognities in te zetten bij het luisteren naar muziek kan een individu zijn eigen bekrachtiger voor afleiding en/of ontspanning inzetten tijdens stressvolle gebeurtenissen of gevoelens ⁽⁵⁹⁾. Muziektherapie kan aansluiten bij autogene trainingen en psycho-educatie die het bewerkstelligen van afleiding en ontspanning tijdens stressvolle gevoelens en/of situaties als doel hebben.

Aanbevelingen:

Muziek therapeutische interventies zijn bruikbaar bij de behandeling van angststoornissen. Als onderdeel van een breder behandelaanbod kunnen ze een bijdrage leveren aan het aanleren van ontspanning en expressie van emoties.

Conclusies:

Niveau 4	<p>Muziektherapie kan als ondersteunde therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van angststoornissen als onderdeel van een breder therapie aanbod. Het leren omgaan met de nieuwe omgeving van de behandelsituatie, het bekrachtigen van ontspanningsoefeningen en het leren herkennen en uiten van gevoelens van angst en spanning behoren tot de doelen die muziektherapie bij de behandeling van angststoornissen zou kunnen hebben.</p> <p>D Brown, Chen & Dworkin, 1989⁵⁹; Hanser, 1985¹⁵⁸; Kahans, 1982¹⁸⁸; Saperston, 1989³¹¹; Snyder & Chlan, 1999³²⁵.</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening die muzikale middelen gebruikt binnen een therapeutische relatie. Doordat muziektherapie binnen verschillende werkvelden toegepast kan worden is multidisciplinaire afstemming bij het gebruik van muziektherapie als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling noodzakelijk.

Psychomotorische interventies

Richtlijntekst:

Lichamelijke inspanning

Het anxiolytische effect van lichamelijke inspanningsoefeningen is in een meta-analyse onderzocht ⁽²⁷⁹⁾. Petruzello e.a. vonden bij 3048 (gemengde) psychiatrische patiënten uit 102 studies een afname van state anxiety van $d = .24$ en van trait anxiety van $d = .34$. Aangetekend kan worden dat dit effect in grootte-orde gelijk is aan of kleiner dan het effect dat gevonden wordt voor pil placebo in andere meta-analyses bij de behandeling van angststoornissen.

Een in deze meta-analyses nog niet voorkomende relevante studie is die van ⁽⁵⁸⁾ waarin 46 ambulante patiënten met paniekstoornis (met of zonder agorafobie), random werden toegewezen aan exercise (running) of clomipramine. Een directe vergelijking van exercise en clomipramine toonde aan dat clomipramine een significant eerder en beter effect sorteerde.

Een derde meta-analyse betreft "Dance-movement Therapy" ⁽³⁰²⁾. Behalve van beweging is hier ook sprake

van creatieve of expressieve elementen. Van de 23 geanalyseerde studies had slechts 1 betrekking op angstpatiënten (⁵⁸), waarbij een effect size van $r = .526$ gevonden werd.

Progressieve relaxatie

Ontspanningsoefeningen, vooral in de vorm van Progressieve Relaxatie (PR) vormen een veel toegepaste techniek. Het anxiolytische effect van PR op trait anxiety is volgens meta-analyses van (²⁷⁵) en (¹²⁰) echter bescheiden te noemen, namelijk $d = .34$, respectievelijk $d = .33$. Dit effect is vergelijkbaar met dat van lichamelijke inspanning, maar in directe vergelijkingen geringer dan exposure en cognitieve procedures bij paniekstoornis (zie algemene inleiding van deze richtlijn).

Een gemodificeerde vorm van PR, namelijk Applied Relaxation blijkt effectiever dan PR bij de Paniekstoornis (zie algemene inleiding van deze richtlijn) en is ook effectief bij Gegeneraliseerde Angst Stoornis (zie hoofdstuk 5). Hoewel applied relaxation inmiddels in de gedragstherapie de meest gebruikte ontspanningstechniek lijkt te worden bij bovengenoemde angststoornissen, lijkt dit binnen de psychomotorische therapie nog niet het geval te zijn.

Ademhalingsoefeningen

Ademhalingsoefeningen kunnen gebruikt worden als specifieke vorm van relaxatie. In de jaren 70 werd hyperventilatie als een belangrijk causaal mechanisme bij angststoornissen beschouwd. Latere studies over de causaliteit van hyperventilatie en de effectiviteit van ademhalingsoefeningen bij de behandeling van angststoornissen waren overwegend negatief (¹³⁹; ⁸⁴).

Aanbevelingen:

Lichamelijke inspanning

Lichamelijke inspanning kan worden aangeboden als interventie in het kader van een multidisciplinair behandelprogramma voor patiënten met angststoornissen.

Progressieve relaxatie

Lichamelijke ontspanning in de vorm van progressieve spierontspanning biedt een bescheiden vorm van angstvermindering en kan na een korte training vrij gemakkelijk zelfstandig worden toegepast en daardoor bijdragen aan het welbevinden en het actief zelfstandig handelen in het kader van een breder behandelaanbod.

Ademhalingsoefeningen

Ademhalingsoefeningen hebben geen aantoonbaar effect op de angststoornis. Het is daarom arbitrair om deze interventie toe te passen met het doel de angststoornis te beïnvloeden.

Conclusies:

Lichamelijke inspanning

Niveau 3	Lichamelijke inspanning heeft een bescheiden anxiolytisch effect. B Petruzello ²⁷⁹ , 1992; Brooks, Stark, 1989 ⁵⁸ .
-----------------	--

Progressieve relaxatie

Niveau 2	Relaxatieoefeningen in de vorm van progressieve relaxatie leveren een bescheiden bijdrage tot angstvermindering. B Paterson, 1987 ²⁷⁵ ; Pey e.a 1989.
-----------------	---

Ademhalingsoefeningen

Niveau 3	Van ademhalingsoefeningen is onvoldoende bewezen dat zij een zelfstandige bijdrage leveren tot angstreductie.
-----------------	---

C Garssen e.a. 1995¹³⁹; C Craske e.a. 1997⁸⁴.

Overige overwegingen:

Lichamelijke inspanning

Lichamelijke inspanning als interventie om angstklachten te verminderen wordt overwegend in het kader van psychomotorische therapie aangeboden.

Progressieve relaxatie

Hoewel progressieve spierontspanning slechts een bescheiden bijdrage levert aan spierontspanning kan de methode vrij eenvoudig worden aangeleerd en gemakkelijk door de patiënt zelf worden toegepast. De interventie leent zich hierdoor goed voor opname in een breder behandelaanbod.

Ademhalingsoefeningen

Ademhalingsoefeningen zijn alom bekend, gemakkelijk te leren en kunnen het gevoel geven dat er direct iets met de angstgevoelens wordt gedaan. Ademhalingsoefeningen worden door verschillende professionals aangeboden en kunnen ook, na het aanleren, als zelfhulp programma thuis beoefend worden.

Dans en bewegingsinterventies

Richtlijntekst:

Het doel van dans- en bewegingstherapie is om door middel van het experimenteren en improviseren met (dans)bewegingen, nieuwe gevoelens en zijnswijzen te exploreren en toegang te krijgen tot gevoelens die moeilijk toegankelijk zijn (³³¹). Het gaat bij bewegingstherapie om de unieke manier van bewegen als uitdrukking van iemands persoonlijkheid: de lijfelijkeid, de vitaliteit en de communicatie met jezelf en de omgeving. De danstherapeut richt zich op de relatie tussen beweging en gevoel. Het uitgangspunt is dat mensen via het exploreren van een gevarieerder bewegingsvocabulaire een innerlijk gevoelsmatig evenwicht kunnen vinden en ook beter in staat zijn spontaan en aanpassingsgericht op de omgeving te reageren (²⁷⁶).

Aanbevelingen:

Dans- en bewegingstherapie is bruikbaar als ondersteunende interventie bij de behandeling van angststoornissen. Als onderdeel van een breder behandelaanbod kan het een bijdrage leveren aan het exploreren van gevoelens en het meer spontaan en functioneel reageren in sociale situaties

Conclusies:

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen vanuit de behandelpraktijk, dat dans en bewegingstherapie als ondersteunende therapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van angststoornissen als onderdeel van een breder therapieaanbod.
-----------------	--

Overige overwegingen:

Dans- en bewegingstherapie is een methodische vorm van hulpverlening, waarbij het experimenteren en improviseren met (dans)bewegingen in de therapeutische relatie centraal staat. Doordat dans- en bewegingstherapie meestal plaats vindt in het kader van een multidisciplinair behandelingsaanbod is multidisciplinaire afstemming over de indicatie en het gebruik van dans- en bewegingstherapie noodzakelijk

Therapeutic Touch

Richtlijntekst:

Therapeutic Touch (therapeutisch aanraken, TT) wordt beschouwd als een energieveldinteractie tussen de hulpverlener en de patiënt (²⁴⁶). Door onder andere met de handen op afstand langs de patiënt te strijken, zou

deze minder angst ervaren, zou pijn verlichten en zouden wonden sneller genezen. Deze interventie is op vele wijzen onderzocht en met wisselende effecten. Er zijn drie metastudies gevonden met overeenkomstig resultaat ([259](#) ; [278](#) ; [381](#)).

Uit deze meta analyses blijkt dat in de beoordeelde onderzoeken diversiteit bestaat in de gekozen populaties, de onderzoeksmethoden, onderzoeksobject, toepassing van TT. De studies laten zien dat grote methodologische problemen bestaan en dat de resultaten te optimistisch worden weergegeven. Deze problemen hebben betrekking op procedures, toepassing van de interventie, vaardigheden van de uitvoerder en beperkte rapportage van gegevens. Een algemene uitspraak over de effectiviteit van TT kan niet worden gedaan.

Aanbevelingen:

Omdat metastudies aantonen dat de onderzoeksmethoden aan kritiek blootstaan en de resultaten gerelativeerd moeten worden en in Nederland veel discussie is of verpleegkundigen zich zouden moeten inlaten met deze interventie, wordt geadviseerd TT niet toe te passen bij angststoornissen, ook niet als ondersteunende interventie.

Conclusies:

Niveau 2	Alhoewel veel onderzoek is verricht naar therapeutisch touch, zijn geen werkzame effecten aangetoond ten opzichte van controlegroepen. De kritiek op de onderzoeken is dat methodologisch veel is aan te merken en dat twijfels bestaan over de gepresenteerde resultaten. B Peters, 1999 ²⁷⁸ ; Winstead-Fry & Kijek, 1999 ³⁸¹ ; O'Mathuna, 2000 ²⁵⁹ .
-----------------	--

Overige overwegingen:

Therapeutisch touch wordt door een groep verpleegkundigen in de algemene ziekenhuizen toegepast en er is in Nederland training mogelijk. Resultaten uit divers onderzoek wijzen op een gemiddeld positief effect van TT op fysieke en psychologische variabelen. In de Nederlandse vakliteratuur is in navolging van bovengenoemde metastudies veel discussie over de effectiviteit. Voor zover bekend wordt TT niet toegepast als patiënten zich melden met angststoornissen. Toepassing vindt over het algemeen plaats als sprake is van somatische problemen waarbij pijn en angst voorkomen. In het panel met verpleegkundigen werd TT als interventie onwenselijk gevonden en gecontra-indiceerd voor de zorg bij patiënten met angststoornissen omdat waarschijnlijk hiermee de regressie zou worden bevorderd.

Interventies gericht op participatie aan het maatschappelijk leven

Richtlijntekst:

Er zijn meerdere ondersteunende interventies beschreven bij angststoornissen. Ondersteunende interventies worden in dit document gedefinieerd als interventies die gericht zijn op de gevolgen van angststoornissen voor het persoonlijk functioneren en het verminderen van belemmerende factoren en een katalyserende functie kunnen hebben voor psychologische en farmacologische interventies bij patiënten met angststoornissen. De mate van bewijsvoering over de effectiviteit van ondersteunende interventies is laag. Hierover kan geen andere uitspraak worden gedaan dan een beschrijving van de algemene mening in Nederland op basis van literatuuronderzoek en paneldiscussies. Wel zijn er aanwijzingen uit wetenschappelijk onderzoek dat zelfhulp aangeboden kan worden bij de paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis, maar dat enige professionele ondersteuning en controle hierbij noodzakelijk blijft.

Vele van de ondersteunende interventies worden binnen vaktherapieën aangeboden. Doordat de interventies niet protocollair verlopen is de eclectische toepassing ervan voor de hand liggend. De ondersteunende interventies worden veelal in het kader van een breder behandelprogramma aangeboden waarvan farmacotherapie en/of psychotherapeutische interventies primair gericht op het terugdringen van de angststoornis deel uitmaken. Bij angststoornissen met ingrijpende gevolgen voor verschillende levensgebieden van de patiënt vormen ondersteunende interventies een belangrijke aanvulling op de primair farmacologische en/of psychotherapeutische behandeling van de angststoornissen zelf. Verder wetenschappelijk onderzoek is nodig om specifieke indicaties voor ondersteunende interventies en de

werkzaamheid en doelmatigheid van de onderscheiden ondersteunende interventies nader te bepalen.

Conclusies:

Ondersteuning van het netwerk

Richtlijntekst:

Met ondersteuning van het netwerk wordt ondersteuning bedoeld die thuis, in de relationele sfeer, geboden wordt om de behandeling zo goed mogelijk aan laten sluiten bij die thuissituatie. Hiermee kan het behaalde effect van de behandeling verstevigd en geconsolideerd worden en terugval worden voorkomen. Dit vindt plaats door enerzijds het netwerk te informeren en anderzijds hun te leren zo goed mogelijk met de cliënt om te gaan. Tevens wordt ondersteuning geboden om de eigen grenzen te leren bewaken om te voorkomen dat personen uit het netwerk er zelf aan onderdoor gaan. Hiernaast wordt zonedig praktische ondersteuning georganiseerd bijv. in de vorm van gespecialiseerde gezinszorg. Netwerkondersteuning omvat elementen van psycho-educatie, emotionele ondersteuning, het geven van praktische tips en adviezen en het bespreken van mogelijke copingmechanismen. Gesprekken met het thuisfront worden meestal thuis gehouden en er worden zo nodig praktische zaken geregeld. Kennis van de sociale kaart is hierbij van groot belang.

Aanbevelingen:

Ondersteuning van het netwerk bij cliënten met angststoornissen is van belang ter ondersteuning van de primaire behandeling gericht op het terugdringen van de angststoornis.

Conclusies:

Niveau 4	<u>De effectiviteit van ondersteuning van het netwerk is niet op basis van wetenschappelijk onderzoek aangetoond, al is de algemene opvatting dat hiermee de behandeling van angststoornissen wordt ondersteund.</u> - D Paneldiscussie Maatschappelijk werk
-----------------	--

Overige overwegingen:

Alhoewel de ondersteuning van het netwerk in het wetenschappelijk onderzoek onderbelicht is vormt dit in de praktijk vaak een belangrijk aandachtspunt. In voorkomende gevallen vormt een dergelijke ondersteuning een belangrijke aanvulling op de behandeling die anders te veel gericht kan zijn op het terugdringen van de angststoornis bij de primaire patiënt.

Interventies gericht op belemmerende factoren

Richtlijntekst:

Arbeidstherapeutisch werken bij angststoornissen

Arbeidstherapie is een van de reïntegratie-instrumenten die de bedrijfsarts kan hanteren wanneer medewerkers door ziekte zijn uitgevallen. Andere werkvormen zoals 'tijdelijk ander werk' of 'eigen werk met beperkingen' worden ook beschouwd als 'arbeidstherapie'.

Definitie arbeidstherapie

Arbeidstherapie zien we als een middel om de reïntegratie op te starten bij een medewerker die binnen enkele maanden in staat zal zijn het oude werk weer op te pakken. Arbeidstherapie gaat uit van de volgende veronderstellingen:

- Arbeidstherapie draagt bij tot het herstel van betrokkene.
- Arbeidstherapie is een reïntegratie-instrument.

- Arbeidstherapie is een eerste stap in het reïntegratietraject dat moet leiden tot werkhervatting in eigen of andersoortig loonvormend werk.
- Arbeidstherapie is tijdelijk.
- Het werk op arbeidstherapeutische basis levert geen loonwaarde op.

Doelstelling arbeidstherapie

Het doel van arbeidstherapie is in het algemeen om een eerste stap te zetten in het reïntegratietraject naar werk met loonwaarde. Het bespoedigt de reïntegratie en beperkt de verzuimduur omdat de werknemer contact met de werkplek opbouwt en de daginvulling weer structuur krijgt. Hierbij ontstaat bij alle partijen meer inzicht in de mate en/of aard van belastbaarheid van de medewerker met arbeidsverzuim.

Wanneer de ziekteoorzaak mede in het werk gelegen is kan arbeidstherapie ingezet worden om zicht te krijgen op deze werkfactor en kan het onderdeel worden van de behandeling. Bij angststoornissen en meer in het bijzonder sociale fobie en de PTSS geldt dit a fortiori.

Gebruikelijke werkwijze

De regierol voor de vorm, de duur en de inhoud van de arbeidstherapie ligt veelal bij de bedrijfsarts. Afhankelijk van de aard van de angststoornis is er contact met de behandelaar, de huisarts, de psycholoog of met andere hulpverleners. De positie van de bedrijfsarts leent zich bij uitstek om de verbinding te leggen tussen de behandeling van de angstproblematiek en het werk. Arbeidstherapie wordt ingezet na overleg met en met instemming van werknemer en werkgever. De werkgever maakt in deze fase nog geen harde afspraken over de kwaliteit van het functioneren. Dit maakt de arbeidstherapie echter niet geheel vrijblijvend, want er moeten wel afspraken gemaakt worden over werktijden (wanneer kom je, wanneer ga je weg) en aard van de werkzaamheden binnen het mogelijkheden- en beperkingenpatroon van betrokkene (afgeronde klussen bij voorkeur). Ook is het soms noodzakelijk om een vorm van coaching door een collega of door de leidinggevende zelf aan te bieden. Soms ook wordt een hulpverlener ingeschakeld in de persoon van bedrijfsmaatschappelijk werkende of ergotherapeut.

Bij arbeidstherapie is er meestal sprake van stapsgewijze groei. Dit betekent dat de werkgever en werknemer bij herhaling evalueren hoe de arbeidstherapie verloopt. Er wordt dus van de werkgever verwacht dat hij feedback geeft over hoe het terugkeerproces verloopt, zowel naar de werknemer als naar de bedrijfsarts. De afspraken zijn toetsbaar. In toenemende mate zien we dat de behandelend psycholoog zelfstandig contact heeft met de werkgever omtrent de vorderingen. Deze informatie kan in de therapie van belang zijn, zeker bij werkgerelateerde angststoornissen.

Aanbevelingen:

Arbeidstherapie

Arbeidstherapie is in het kader van arbeidsreïntegratie aan te bevelen ter ondersteuning van de behandeling van de angststoornis en het verbeteren van de sociale beperkingen.

Conclusies:

Arbeidstherapie

Niveau 4	De effectiviteit van arbeidstherapie is niet op basis van wetenschappelijk onderzoek aangetoond, al is de algemene opvatting dat hiermee de behandeling van angststoornissen wordt ondersteund. D Mening deskundigen
-----------------	---

Overige overwegingen:

Arbeidstherapie

Arbeidstherapie heeft naast een ondersteunende betekenis een functie in het sociale netwerk van de cliënt en deelname aan het arbeidsproces

Interventies door verpleegkundigen

Richtlijntekst:

Het verpleegkundige handelen is gebaseerd op het ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling en/of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen. Hierbij wordt uitgegaan van de beleving van de zorgvrager en de manier waarop de zorgvrager met zijn problemen omgaat⁽³⁵⁾.

Het verpleegkundig handelen is gebaseerd op het verpleegkundig proces en bestaat uit de volgende fasen (Albersnagel, 1997);

- 1. Gegevens verzamelen
- 2. Diagnose stellen
- 3. Prognose stellen
- 4. Resultaten genereren
- 5. Interventie genereren
- 6. Interventie uitvoeren
- 7. Evalueren
- 8. Modifieren of stoppen.

De verpleegkundige diagnose is een vaststelling van iemands feitelijke of mogelijke reacties op gezondheidsproblemen of levensprocessen, op grond waarvan verpleegkundige zorg kan worden verleend' (Leistra et al, 1999). De verpleegkundige stelt geen medische diagnose vast maar richt zich vanuit de persoonlijke beleving van de patiënt op diens reacties hierop en de gerelateerde problemen zoals bijvoorbeeld de gevolgen van de gezondheidsproblemen. De gegevens voor deze verpleegkundige diagnoses worden verzameld aan de hand van een categorieënmodel zoals bijvoorbeeld de gezondheidspatronen van M. Gordon ⁽¹⁴⁹⁾.

Uiteraard zijn er varianten op dit model, maar dit model is binnen de Nederlandse situatie bekend en wordt het meest gebruikt. Opgemerkt moet worden dat de ICF voor de verpleegkundige beroepsgroep mogelijkheden biedt om zorgproblematiek te beschrijven (). Als groot voordeel wordt de uitwisselbaarheid van gegevens van andere disciplines genoemd. De WHO-DAS-II inventariseert de gevolgen van gezondheidsstoornissen en is aan te bevelen voor de verpleegkundige beroepsgroep omdat hiermee de multidisciplinaire aansluiting vergroot wordt.

Om tot een relevante richtlijn te komen voor de psychiatrisch verpleegkundige praktijk is aanvullend verder gezocht in de literatuur met een lagere bewijsvoering. In diverse psychiatrisch verpleegkundige handboeken is gezocht naar angststoornissen volgens de criteria van de DSM-IV en de daar onder vermeldde verpleegkundige diagnoses en beschreven interventies. Vervolgens is in de Nursing Intervention Classification (NIC) ⁽²³⁷⁾ gezocht naar verpleegkundige interventies die samenhangen met de eerder gevonden verpleegkundige diagnoses. De beschreven interventies zijn met elkaar vergeleken en aan een panel voorgelegd. Het panel bestond uit verpleegkundigen die in de praktijk werken met patiënten met angststoornissen uit de ambulante en klinische velden van de GGZ.

Bij het schrijven van deze richtlijn zijn de volgende uitgangspunten genomen:

- De richtlijn is bedoeld voor de gehele verpleegkundige beroepsgroep in alle velden van de gezondheidszorg. Het is geschreven op het specifieke verpleegkundige domein (leistra et al., 1999). Dit houdt in dat interventies die door verpleegkundigen worden uitgevoerd binnen de context van bijvoorbeeld een psychotherapeutische of gedragstherapeutische behandeling niet hierin worden genoemd. Deze interventies worden bij desbetreffende hoofdstukken beschreven.
- In de richtlijn worden alleen de verpleegkundige diagnoses en interventies beschreven. Bij de beschrijving van de verpleegkundige diagnose wordt alleen het label van de diagnose genoemd. Omdat vanuit verschillend perspectief naar de etiologie gekeken wordt, dat afhankelijk is van het inzicht van het behandelteam, is de etiologie niet beschreven. Algemeen beschouwd ligt de oorzaak van angststoornissen in de richting van een biologische oorzaak (bijv bij gebruik van middelen), gedrag (bijv. learned helplessness), psychodynamiek (bijv. vermijden van bedreiging), psychoanalytisch (bijv. fixatie in individuatie- separatiefase), in systeemfunctioneren (bijv. betekenis van het gedrag voor het gezin of relatie) of combinaties daarvan.
- De richtlijn is algemeen van aard met het doel dat verpleegkundigen in hun eigen praktijk de gevonden diagnoses en interventies verder kunnen uitwerken. De keuze voor bepaalde interventies is

afhankelijk van het therapeutisch milieu, de behandelmethode, de patiëntenpopulatie, fase in de behandeling, de prognose en de draagkracht van de patiënt. In de panelbijeenkomst is naar voren gekomen dat lang niet alle interventies in iedere setting relevant of gewenst zijn. De interventies die regressie bevorderen zijn in specifieke therapeutische milieus zelfs gecontra-indiceerd. In de beschrijving van de interventies is op advies van de paneldiscussie een aantekening gemaakt van de zogenaamde 'confronterende of blootstellende therapeutische benadering' versus de 'steunende therapeutische benadering'.

Binnen de verpleegkundige beroepsgroep wordt als referentiekader voor een behandelcontext gesproken over het therapeutisch milieu. Een landelijk veel gehanteerde indeling is die van Janzing en Kerstens⁷.

In hun theorie maken zij een onderscheid naar een supportief, ondersteunend milieu; een reconstructief milieu en een sociaaltherapeutisch milieu.

Een supportief milieu is ondersteunend en kan gericht zijn op ik-opbouw of ik-versterking. Bij ik-opbouw wordt de patiënt technieken geleerd die helpen om zelfstandig te worden en met volledig herstelde uitvoerende en adaptieve ik-functies door het leven te gaan.

Bij ik-versterking wordt onderscheid gemaakt tussen beperkte ik-opbouw en ik-behoud. Beperkte ik-opbouw richt zich op het versterken van de gezonde krachtige delen van de patiënt. Ik-behoud is gericht op het tegengaan, afremmen of het begeleiden van verdere uitval van de patiënt. Het supportief milieu is gericht op het individu en gaat uit van het hier en nu.

- Een reconstructief milieu is een milieu waarin reconstructie van afweermechanismen en psychoanalyse plaatsvindt. Teruggaan in het verleden is een belangrijk aspect van deze behandelvorm. Een sociaaltherapeutisch milieu is gericht op het verbeteren van sociale adaptatie. Doel is het verstevigen en opbouwen van een passende sociale identiteit binnen het hier en nu. Binnen het reconstructieve en sociaaltherapeutisch milieu wordt vooral gewerkt met (leef)groepen.

Naast diverse milieuomschrijvingen wordt tegenwoordig ook veel gehandeld op geleide van diverse zorgprogramma's. Door van Weeghel en Mos (MGV'99) worden zorgprogramma's voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen onderscheiden op de volgende drie hoofdgebieden.

A: probleemvermindering, probleemhantering en persoonlijke veiligheid. Doelen zijn vermindering van symptomen, persoonlijke veiligheid bij crisis, het verkrijgen van handelingscontrole en leren accepteren van beperkingen.

B: verbetering van het dagelijks functioneren. Doelen zijn het verwerven van burgerschap, leven in een omgeving met voldoende sociale steun, kunnen voorzien in de dagelijkse levensbehoeften en in de eigen verzorging.

C: persoonlijke ontwikkeling. Doelen zijn richting geven aan het eigen leven, individuele doelen verwezenlijken en zich als persoon verder ontwikkelen.

Met bovenstaande milieu-indelingen en zorgprogramma's in het achterhoofd kan opnieuw gekeken worden naar de verschillende verpleegkundige interventies bij angststoornissen. In de discussie met het panel kwam een grove tweedeling naar voren. Afhankelijk van de behandelcontext, het therapeutisch milieu gaat het om 'steunende interventies' of 'confronterende c.q. blootstellende interventies'.

Binnen een supportief milieu dat gericht is op ik-behoud en het zorgprogramma B 'verbetering van dagelijks functioneren' zullen veelal steunende interventies gehanteerd worden. Binnen een reconstructief en sociaaltherapeutisch, en het zorgprogramma A en C zullen vooral confronterende c.q. blootstellende interventies gebruikt worden.

Aan de hand van de meest relevante verpleegproblemen worden hieronder de bijbehorende interventies aangegeven. De interventies worden ingedeeld naar steunende of confronterende of een combinatie van beide interventies.

- Verpleegkundige diagnoses die niet direct gerelateerd zijn aan de DSM-IV criteria maar beschouwd worden als het gevolg van de angststoornis, zoals bijv. afhankelijkheid van middelen, zijn niet opgenomen en kunnen worden genoemd als 'aandachtspunten'. Omdat hier sprake is van een individuele reactie kunnen deze diagnoses niet worden opgenomen in de richtlijn.

Gevonden verpleegkundige diagnoses en interventies bij angststoornissen

De hieronder beschreven verpleegkundige diagnoses zijn in de literatuur gevonden en door het panel herkend als direct samenhangend met de DSM-IV angststoornissen:

- Angst (algemeen bij alle angststoornissen)
- Vrees (algemeen bij alle angststoornissen)

- Ineffectieve coping (algemeen bij alle angststoornissen)
- Sociaal isolement (algemeen bij alle angststoornissen)
- Machteloosheid (algemeen bij alle angststoornissen)
- Verstoord slaappatroon en dag- nachtritme (algemeen bij alle angststoornissen)
- Negatief zelfbeeld (algemeen bij alle angststoornissen)
- Suïcidaliteit (vooral voorkomend bij PTSS)
- Dwanghandelingen (vooral voorkomend bij obsessief-compulsieve stoornis)
- Inadequate sociale interactie (algemeen bij alle angststoornissen)
- Posttraumatische reactie (vooral in het kader van PTSS)

Verpleegkundige diagnoses die gelden als aandachtspunten

- Afhankelijkheid van drugs en medicijnen ^{11,17}
- Gebrek aan initiatief (panel)
- Herbelevingen (dissociatie)(vooral voorkomend bij PTSS)(panel)
- Verstoorde concentratie (algemeen bij alle angststoornissen)¹⁷
- Vermijdend gedrag (algemeen bij alle angststoornissen)¹⁴
- Innerlijke ingehouden woede, boosheid (algemeen bij alle angststoornissen)(panel)
- Persoonlijke zelfverzorgingstekort (algemeen bij alle angststoornissen)^{14,17}
- Gebrek aan initiatief ¹⁷
- Hallucinaties ^{11,17}
- (Risico op) Zelfverwonding (panel)

De interventies die in de literatuur gevonden zijn bij de diverse verpleegkundige diagnoses worden hieronder kort beschreven. In het panel is getracht overeenstemming te krijgen over de aard van de interventie (steunend, confronterend of combinatie), en de relevantie van de interventie. De schriftelijke respons uit het panel is klein. Vier van de elf panelleden hebben schriftelijk gereageerd.

Aanbevelingen:

Het is de mening van de auteurs van de verpleegkundige bijlage dat het ondanks de lage bewijslast, zinvol is om voor de zorg bij patiënten met angststoornissen de onderstaande verpleegkundige diagnoses en interventies in overweging te nemen. Deze dienen aan het therapeutisch milieu van de behandelingsituatie te worden aangepast. Om tot een afweging te komen van de relevantie van de interventies in de praktijk dient de oorspronkelijke literatuur te worden geraadpleegd.

Conclusies:

Niveau 4	De verpleegkundige interventies bij de geselecteerde verpleegkundige diagnoses zijn vaak op basis van consensus vastgesteld. Voor deze richtlijn is opnieuw in een klein panel consensus bereikt over de relevantie van de betreffende verpleegkundige interventies. D Panelraadpleging, verpleegkundigen
-----------------	--

Overzicht interventies door verpleegkundigen

Richtlijntekst:

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
	S= Steunende interventie	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant	Geen consensus

ANGST	C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).			is	
Definitie: een vaag onbehaaglijk gevoel van ongemak of vrees dat gepaard gaat met een autonome reactie en waarvan de bron vaak niet specifiek is of onbekend voor de betrokken persoon 40 65 240 241 258 349 Enkele auteurs specificeren angst in mate van ernst 40 149 241 305	Gerust stellen 40 65 237 349	C			X
	Psycho-educatie 40 65 237	C	X		
	De patiënt symptomen leren herkennen (en leren onderbreken) 40 65 237 243 348 364	C	X		
	Kalm en rustige houding aannemen 65 349	C	X		
	Mate van angst bepalen 65 237 243	C	X		
	Uitbreiding/ ondersteunen van coping/ probleemoplossend vermogen 40 65 237 240 241 243 349 364	C	X		
	Oorzaak van de angst achterhalen 65 237 243 348 364	C	X		
	Praten over traumatische ervaringen en angstervaringen 65 237 243 348 364	C	X		
	Aanwezig zijn/ Bij de patiënt blijven 65 237 364	S	X		
	Afleiding bieden 65 237 240 241 243 364	S			X
	Ontspanningsoefeningen 40 237 240 241 243 349 364	S	X		
	Angstreductie 237	S	X		
	Omgeving bieden met zo min mogelijk prikkels 65 237 349 364	S			X
	Regulering van de omgeving 237	S			X
	Beperken van prikkelende middelen (koffie, tabak, etc) 243	S	X		
	Kalmerende middelen toedienen 65 237 243 349 364	S	X		
Systeemtherapeutische interventies (panel)	C/S	X			
Kalmeringstechniek 236	S			X	

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIES	Consensus in panel dat interventie:			
VREES	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
	Stimuleer het uiten van gevoelens 65 241 349	C	x		
	Leer probleemoplossend gedrag aan 241 349	C	x		
	Zorg voor een veilige omgeving 65 241 349	S	X		
	Stimuleer reacties die van realiteitszin getuigen. Bespreek wat wel/niet veranderd kan worden 65 349	C/S	X		
	Help onderscheid te maken tussen werkelijke en ingebeelde bedreigingen 349	C/S	X		

Bevordering van coping 349 237 240 241 243 349	C	X		
Leer de patiënt controle over de situatie te krijgen 241 349	C/S			
Gebruik desensitisatie technieken 349	C	X		
Leer ontspanningstechnieken aan 65 237 240 241	C/S	X		
Kalmeringstechnieken 237	S	X		
Regulering van omgeving 237	S	X		
Geef informatie aan hulpverleners/mantelzorg 65 237 240 241	C/S	X		
Spreek langzaam, kalm, eenvoudig woordgebruik 65	S			X
Verwijder zo mogelijk bron van vrees 241	S			X

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
			Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
INEFFECTIEVE COPING	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend			
Definitie: Onvermogen om een redelijke mening te vormen over stressoren, inadequate keuzen uit aangeleerde reacties en/of onvermogen om beschikbare bronnen te gebruiken 242 243 305 349 364	Patiënt helpen zich bewust te worden van zijn huidige reactiepatroon op stress 242 305	C	X		
	Stimuleren in het toepassen van adequate copingstrategieën 242 305	C	X		
	Ondersteunen in het toepassen van adequate copingstrategieën 242 305	C/S	X		
	Gezamenlijk doelen stellen 237	C/S	X		
	Het ondersteunen van de patiënt in het in staat zijn de spanning het hoofd te bieden 242 305	C/S	X		
	Patiënt helpen zich bezig te houden met de objectieve beoordeling (evaluatie) van de stressor 242 305	C/S	X		
	Bevordering van de coping 237 241 242 243 305 364	C	X		
	Ondersteuning realiteitstoetsing (cognitieve herstructurering) 237	C/S	X		
	Ondersteunen in het beoordelen van de eigen coping in specifieke situaties 242 305	C	X		
	Verbeteren van het zelfbeeld van de patiënt 242 305	C/S	X		
	Grenzen stellen 237 241	S	X		
	Ondersteuning bij besluitvorming 237	C/S	X		
Help om beschikbare steun in te schakelen 237 241 243	C/S	X			

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
			Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
	S= Steunende interventie	Steunend/ confronterend			

SOCIAAL ISOLEMENT	C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).				
				is	
Definitie: Gevoel van eenzaamheid dat iemand ondervindt dat wordt waargenomen als van buitenaf te zijn opgelegd en ervaren als een negatieve of bedreigende omstandigheid 1,2,6,10,11,12,17 <u>40 65 149 240 241 242 364</u>	Bespreken van ervaringen mbt sociaal isolement <u>240 364</u>	C	X		
	Motivatie van patiënt beoordelen <u>240</u>	C	X		
	Oorzaken laten toetsen <u>240</u>	C	X		
	Bevordering van het zelfbesef <u>237 240 364</u>	C	X		
	Bevordering van de normale leefsituatie <u>237</u>	C	X		
	Counseling <u>237 240 305 349 364</u>	C	X		
	Bevordering van de socialisatie <u>237 364</u>	C	X		
	Emotionele ondersteuning <u>237 240 349</u>	S	X		
	Bevordering van de eigenwaarde <u>237 240</u>	C/S	X		
	Aanwezig zijn <u>237 349</u>	S	X		
	Activiteiten begeleiding <u>237</u>	C/S	X		
	Hoop bieden <u>237</u>	C/S	X		
	Bezoekbeleid <u>237</u>	S	X		
	Regulering van de omgeving <u>237 364</u>	S			X
	Bescherming tegen mishandeling <u>237</u>	S			X
Bevordering van de mantelzorg <u>237</u>	C			X	

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
MACHTELOOSHEID	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
Definitie: het idee dat eigen acties niet of nauwelijks invloed hebben op het zorgresultaat; een vermeend gebrek aan controle over de ophanden zijnde of huidige situatie <u>65 237 240 241 258 349 364</u>	Gezamenlijk doelen stellen <u>237 240 241 349 364</u>	C	X		
	Scheppen van leervoorwaarden <u>65 237 241 242</u>	C	X		
	Cognitieve herstructurering <u>65 237 240 241 349 364</u>	C	X		
	Voorlichting <u>65 237 364</u>	C	X		
	Ondersteuning bij besluitvorming <u>65 237 240 364</u>	C	X		
	Bevordering eigen verantwoordelijkheid <u>65 237 349 364</u>	C	X		
	Bevordering van de coping <u>237 241 258 242 243 364</u>	C	X		
	Aanwezig zijn <u>237</u>	S	X		
	Bevordering eigenwaarde <u>65 237 241 364</u>	C	X		
	Emotionele ondersteuning <u>237 240 241</u>	C/S	X		
	Waardenverduidelijking <u>237 364</u>	C			X
	Rouwverwerking <u>65 237</u>	C			X
	Crisisinterventie <u>65</u>	C/S			X

--	--	--	--	--	--

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
VERSTOORD SLAAPPATROON	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
Definitie: Stoornis in de duur en kwaliteit van de slaap, waarvan de cliënt ongemak of hinder ondervindt bij gewenste activiteiten (specificeer type stoornis; bijvoorbeeld onderbroken slaap, omdraaiing van het slaappatroon, verlaat inslapen) 65 240 241 243 349 364	Schep mogelijkheid om zorgen, stress van de dag door te spreken 364	C	X		
	Stel dagprogramma op met activiteiten 65 364	C/S	X		
	Maak duidelijke afspraken rond bedtijd, ondersteuning geven 364	S	X		
	Regulering omgeving: lawaai verminderen, zomin mogelijk patiënt storen, temp tussen 20 en 22 C. 65 237 349 364	S	X		
	Beperk inname cafeïnehoudende dranken 65 349 364	S	X		
	Beperk s'avonds vochtinname 65	S	X		
	Beperk inname van alcohol, raad tabaksgebruik af 349 364	S	X		
	Eet voor het slapen gaan iets wat rijk is aan koolhydraten 349	S	X		
	Beperk slapen overdag 65 349	S	X		
	Bevordering adequaat geneesmiddelengebruik 237 349	S	X		
	Toedienen van medicijnen 237 349	S	X		
	Ontspanningstherapie 237 349 364	S	X		
	Bevordering gevoel van veiligheid 237 349	S	X		
	Bevordering van de slaap 237	S			X
	Raad aan om kort voor het slapen iets aan inspanning te doen 349	C/S			X
Achterhaal vaste rituelen, houd hier zo goed mogelijk aan vast 65	C/S			X	
Aanraken 237	S		X		

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
NEGATIEF ZELFBEELD	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus

	context).				
Definitie: al dan niet rechtstreeks geuite negatieve zelfbeoordeling/gevoelens over zichzelf of eigen vermogens 241 242 258 364	Opstellen korte termijn- uitdagende doelen 364	C	X		
	Cognitieve herstructurering 237	C	X		
	Bevordering lotgenotencontact 237	C/S	X		
	Therapeutisch groepswork 237	C	X		
	Counseling 237 242 364	C	X		
	Emotionele ondersteuning 237 364	S	X		
	Bevordering van eigenwaarde 237 242	C/S	X		
	Behandeling en preventie middelenmisbruik 237	C/S			X
	Positieve feedback, gevoel van waardering geven aan patiënt 242 364	S			X
	Lichaamsbeeldverbetering 237 242	C			X
	Regulering van de stemming 237	S			X

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
			Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
SUÏCIDALITEIT	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend			
Definitie: de geneigdheid zich in gedachten en/ of woorden en/of daden bezig te houden met de eigen levensbeëindiging 192	Ga na of de patiënt specifieke suïcideplannen heeft 192 237 364	C	X		
	Bespreken van kenmerken die op suïcidaliteit wijzen 364	C	X		
	Regulering van de omgeving (veilig, noodzakelijke observatie mogelijk) 237 242 364	S	X		
	Opbouwen begeleidingscontact 192 242	S	X		
	Moedig aan om te bespreken welke factoren de suïcidale gedachten hebben uitgelokt 237	C	X		
	Moedig patiënt aan mondeling af te spreken dat hij geen poging doet 237	C/S	X		
	Stimuleer een gestructureerde daginvulling, waarover patiënt de regie en verantwoordelijkheid heeft 364	C/S	X		
	Suïcide preventie 237	S	X		
	Tijd winnen 192	C	X		
	Bevordering van de coping 192 237 242 364	C	X		
	Non-suïcide contract opstellen 364	C	X		
	Medicijnen aanbieden 364	S	X		
	Ondersteuning van familie 237 364	S	X		
	Ondersteuning bij omgaan met eigen gedachtewereld 192	C		X	
	Opmaken balans van eigen leven 192	C			X
Counseling 237 364	C			X	
	C			X	

Beïnvloeden van de achterliggende problemen 192				

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
Dwanghandelingen	Aanbieden van gezamenlijk opgesteld programma met patiënt 364	C/S	X		
	Minimale aandacht aan dwanghandelingen besteden en adequaat gedrag positief bekrachtigen 242 364	S	X		
Definitie 1: stoornis in de wil die zich kenmerkt door het missen van controle over eigen handelen (met name het stoppen hiermee) 364 Definitie 2: (ritueel gedrag) is herhalend, oncontroleerbare gedachten of gedrag die vertoond worden in een poging om angst en interne conflicten te beheersen 241	Bevordering van coping 237 242 364	C	X		
	Omgeving informatie verstrekken over dwanghandelingen, om negatieve reactie te voorkomen 237 242 364	C/S	X		
	Pas een rustige kalme benadering toe 242	S	X		
	Vermijd veroordelende feedback 242	S	X		
	Geef patiënt de ruimte om dwanghandelingen uit te voeren zonder te kritiseren 242	S	X		
	Leer de patiënt om te gaan met de consequenties van de dwanghandelingen 242	C			X
	Leer de patiënt besluiten nemen 242	C			X
	Leer de patiënt de techniek van 'gedachtenstop' toepassen 242	C			X
	Ontspanningstherapie 237 364	S			X
	Counseling 237 242 364	C			X

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
INADEQUATE SOCIALE INTERACTIE	Definitie: Bevordering van de socialisatie 237	C	X		
	Onvoldoende of overmatige kwantiteit of ondoelmatige kwaliteit van de sociale omgang 149	Bevordering van de eigenwaarde 237 242	C/S	X	
		Opbouw van een therapeutische relatie 237	C/S	X	
		Therapeutisch groepswork 237 242	C	X	

Gedrag modificatie: sociale vaardigheden 237	C	X		

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	VERPLEEGKUNDIGE INTERVENTIE		Consensus in panel dat interventie:		
	S= Steunende interventie C= Confronterende of blootstellende interventie C/S = Zowel Steunend en/of confronterend (afhankelijk van de context).	Steunend/ confronterend	Relevant is	Niet relevant is	Geen consensus
Definitie: Langdurige pijnlijke reactie op een ingrijpende (onverwachte en buitengewone) traumatische gebeurtenis 65 240 243 258	Angstreductie 65 237		X		
	Realiteitsoriëntatie 237		X		
	Bevordering van de coping 65 237 240		X		
	Help naaste omgeving van wat de patiënt heeft meegemaakt 65		X		
	Counseling 65 237		X		
	Ontspanningstherapie 237		X		
	Bevordering lotgenotencontact 237		X		
	Bevordering van de mantelzorg 237				X

Labels en definities van voorkomende verpleegkundige interventies ([237](#) , Verpleegkundige interventies, Second edition, De Tijdstroom, Utrecht)

Interventie	NIC-code	Definitie (in de literatuur aangevuld met verpleegkundige activiteiten)
Gedragsmodificatie	4360	bevorderen van een gedragsverandering.
Gedragsmodificatie: sociale vaardigheden	4362	de patiënt helpen interpersoonlijke sociale vaardigheden te ontwikkelen of te verbeteren.
Grenzen stellen	4380	de patiënt duidelijk maken welk gedrag wenselijk en aanvaardbaar is.
Sociotherapie	4390	gebruikmaken van mensen, hulpmiddelen en gebeurtenissen in de directe omgeving van de patiënt om een optimaal psychosociaal functioneren te bevorderen.
Gezamenlijk doelen stellen	4410	samen met de patiënt zorgdoelen stellen en prioriteiten toekennen, een actieplan opstellen om deze doelen te bereiken en een schaal ontwikkelen om de resultaten te beoordelen.
Sluiten van een behandelovereenkomst	4420	met de patiënt onderhandelen over een overeenkomst om een bepaalde gedragsverandering te bekrachtigen.
Ondersteuning bij zelfverandering	4470	steun verlenen aan de patiënt die wil veranderen om bepaalde voor hem belangrijke doelen te bereiken.
Bevordering van de eigen verantwoordelijkheid	4480	de patiënt ertoe aanmoedigen meer verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen gedrag.
Cognitieve herstructurering	4700	een patiënt uitdagen om zijn verstoorde gedachtegang te wijzigen en een realistischer beeld te ontwikkelen van zichzelf en de wereld.
Actief luisteren	4920	aandachtig luisteren naar en betekenis hechten aan de verbale en non-verbale boodschap van de patiënt.
Opbouw van een therapeutische relatie	5000	ontwikkelen van een therapeutische relatie met de patiënt die er moeite mee heeft met anderen om te gaan.
Bevordering van de socialisatie	5100	bevorderen van het vermogen van de patiënt om met anderen om te gaan.
Bevordering van de coping	5230	de patiënt helpen zich aan te passen aan vermeende stressoren, veranderingen of bedreigingen die hem belemmeren in de vervulling van zijn taken en rollen.
Counseling	5240	toepassen van een interactief hulpverleningsproces dat gericht is op de behoeften, problemen of gevoelens van de patiënt en significante anderen met als doel de coping- en probleemoplossende vaardigheden en interpersoonlijke relaties te verbeteren of te ondersteunen.
Emotionele ondersteuning	5270	de patiënt in tijden van stress geruststellen, accepteren en aanmoedigen.
Ondersteuning bij de rouwverwerking	5290	de patiënt helpen een significant verlies te verwerken.
Aanwezig zijn	5340	er voor de patiënt zijn in tijd van nood.
Bevordering van het rolgedrag	5370	de patiënt, significante ander en/of familie helpen relaties te verbeteren door specifieke rolgedragingen te verduidelijken en uit te breiden.
Bevordering van de eigenwaarde	5400	de patiënt helpen zijn zelfbeeld te verbeteren.
Bevordering van lotgenotencontact	5430	gebruikmaken van het groepsproces om emotionele ondersteuning te bieden en gezondheidsinformatie te verstrekken aan de groepsleden.
Bevordering van de mantelzorg	5440	bevorderen van de steunverlening van familie, vrienden en de gemeenschap aan de patiënt.
Therapeutisch groepswork	5450	psychotherapeutische technieken toepassen in een groep, onder andere door gebruik te maken van de interacties tussen de groepsleden.
Aanraken	5460	doelbewust tactiel contact zoeken met de patiënt om hem op zijn gemak te stellen en met hem te communiceren.

Angstreductie	5820	beperken van gevoelens van ongerustheid, angst, onheil of onbehaaglijkheid die verband houden met een niet-specifieke bron van verwacht gevaar.
Autogene training	5840	de patiënt helpen door middel van zelfsuggestie een zwaar en warm gevoel op te roepen om de ontspanning te bevorderen.
Kalmeringstechniek	5880	verminderen van de angst bij de patiënt die in acute psychische nood verkeert.
Afleiding	5900	de aandacht van de patiënt doelbewust op iets anders richten dan op ongewenste sensaties.
Geleide-fantasietechniek	6000	doelmatig aanwenden van fantasie om de ontspanning te bevorderen en/of de aandacht af te leiden van ongewenste sensaties.
Ontspanningstherapie	6040	technieken toepassen om de patiënt te helpen zich te ontspannen teneinde klachten en verschijnselen zoals pijn, gespannen spieren of angst te verminderen.
Crisisinterventie	6160	toepassen van counseling op korte termijn om de patiënt te helpen met een crisis om te gaan en weer op hetzelfde of een beter niveau te gaan functioneren dan voor de crisis.
Suicidepreventie	6340	het risico beperken dat de patiënt die in een crisis verkeert of ernstig depressief is zichzelf schade toebrengt.

Maatschappelijk werk

Richtlijntekst:

Er is weinig onderzoek gedaan naar de praktische en sociale interventies van maatschappelijk werkers in relatie tot angststoornissen. Dat betekent echter niet dat het maatschappelijk werk geen rol heeft in de behandeling ervan. Om meer licht te werpen op de inbreng van maatschappelijk werkers heeft de beroepsvereniging van maatschappelijk werkers, de NVMW, panelraadplegingen georganiseerd. De bijdrage van maatschappelijk werk in de begeleiding en behandeling van angststoornissen is daarmee in kaart gebracht, zij het qua bewijskracht op een lager niveau dan de metastudies, zoals in het hoofdstuk beschreven. De setting van waaruit een maatschappelijk werker zijn werkzaamheden verricht, bepaalt voor een belangrijk deel de mogelijkheden en interventies. In de eerste lijn is vaak nog geen diagnose gesteld, waar de tweede en derde lijn interventies afstemt op de gestelde diagnose en de interventies van de (andere) behandelaars.

De rol van maatschappelijk werkers aan de voordeur van de psychiatrie: de eerstelijns GGZ. Het Algemeen Maatschappelijk Werk is een laagdrempelige voorziening waar mensen zonder verwijzing terecht kunnen. Veel van de cliënten van het AMW, zo'n 60%, komt daar via de huisarts. Vaak kampen zij met een combinatie van praktische en psychische of sociale problemen.

In de intake wordt stil gestaan bij de problemen die de cliënt in het dagelijks leven ervaart en bij de oplossingen die hij graag gerealiseerd ziet. Daarbij wordt, zoals verondersteld mag worden vanuit de opdracht van het AMW, stilgestaan bij zowel de materiële problemen als de immateriële problemen. Maatschappelijk werkinterventies zijn gebaseerd op voortschrijdend inzicht en men springt 'van steen tot steen' zonder dat vooraf de route al in detail vastgelegd is.

In de eerstelijns worden veel cliënten met psychische klachten geholpen. Van velen daarvan is niet bekend of ze volgens de DSM systematiek vastgestelde stoornissen hebben, hoewel dit wel op basis van literatuur (zie o.a. Goldberg & Huxley) verondersteld mag worden. Voor een groot deel zal het gaan om de minder zware stoornissen waarbij het normale dagelijks functioneren nog min of meer stand houdt. Voor de maatschappelijk werker is het niet zo relevant of iemand al dan niet voldoet aan de criteria voor een psychiatrische stoornis, zolang deze aanknopingspunten heeft om het dagelijks functioneren te verbeteren. Hierbij gaat het dan om het aanpakken van belastende sociale omstandigheden en het verbeteren van het persoonlijk functioneren (vgl. as 4 en as 5 van de DSM-IV). Naast materiële interventies maakt de maatschappelijk werker gebruik van gesprekstechnieken. Stepped care, zo blijkt tijdens de panelraadplegingen, sluit goed aan bij de denk- en

werkwijze in de eerstelijns. Dit vraagt echter nog wel om een duidelijker specificatie van effecten en beslissingen omtrent doorgaan of verwijzen.

Daarnaast heeft maatschappelijk werk te maken met cliënten die een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis hebben en die tevens in behandeling zijn bij andere (eerstelijns) disciplines, bijv. medicatie door de huisarts, of een kortdurende therapie door de eerstelijns psycholoog of bij het psychiatrisch ziekenhuis. Maatschappelijk werk heeft dan vaak een meer afgebakende taak: het op orde brengen / houden van de financiële huishouding, of het ondersteunen van de directe omgeving bij het handhaven of het herstellen van het evenwicht in het dagelijks functioneren.

De rol van maatschappelijk werkers in de psychiatrie: de tweede en derdelijns GGZ

De rol van maatschappelijk werkers is in een tweede- of derdelijns setting veel meer onderdeel van een totaalbehandeling waarvan verschillende behandelaars en interventietypen deel uitmaken. In een derdelijnssetting is de maatschappelijk werker bovendien nooit eindverantwoordelijk voor de behandeling van een cliënt, dit is een arts of psychiater. Dit neemt overigens niet weg dat de maatschappelijk werker wel behandelcoördinator kan zijn: het eerste aanspreekpunt van de cliënt in de kliniek.

In de tweede en derdelijn participeert de maatschappelijk werker in de behandeling door een onderdeel van de totale behandeling op zich te nemen. Dit kan zijn psycho-educatie, netwerkondersteuning, praktische ondersteuning en begeleiding, emotionele ondersteuning of veranderingsgerichte begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, trainingen en groepswork. Tijdens klinische opname komt daar nog bij: praatpaal en intermediair. De maatschappelijk werker treedt zonder vaste frequentie op als gesprekspartner en heeft enerzijds de taak van emotionele ondersteuning en anderzijds het regelen van praktisch zaken en optreden als bemiddelaar of belangenbehartiger.

De functie van maatschappelijk werk wordt naast participeren in de behandeling vooral gezien als brug naar de dagelijkse leefsituatie en instanties / organisaties die daarin een rol spelen, denk bijv. aan huisvestingsinstanties, werkgevers, schuldeisers, scholen van kinderen. Een eerste taak van maatschappelijk werk is vaak een sociale screening. Opsporen en benoemen van de risicofactoren in de dagelijkse leefsituatie van de cliënt die de psychiatrische stoornis verergeren of bestendigen. Daar waar belemmeringen zijn in de thuissituatie wordt de maatschappelijk werker er op af gestuurd om de zaak in ogenschouw te nemen en om waar nodig zelf actie te ondernemen, of om andere niet-geïnstitutionaliseerde professionals in te schakelen: schuldhelpverleners van de sociale dienst, AMW of kredietbank, of gespecialiseerde gezinsverzorging. Het verbeteren van de thuissituatie en het slaan van een brug naar andere instanties die de cliënt ten dienste kunnen zijn speelt aan het eind van de klinische opname een rol, maar ook tijdens de behandeling al. Soms komt een cliënt ook binnen vanuit een zeer chaotische en ziekmakende thuissituatie en dan heeft de context al vanaf het begin van de behandeling de volle aandacht.

Maatschappelijk werk is vaak het directe aanspreekpunt voor het netwerk, de partner of het gezin. Bij afronding van de opnameperiode speelt maatschappelijk werk dikwijls een rol in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk. Soms rekent de regionale tweede en derdelijns ggz dit niet direct tot haar taken, dan heeft het Algemeen Maatschappelijk Werk, of de (gespecialiseerde) gezinszorg hierin een rol.

Alternatieve Geneesmiddelen bij angststoornis

Richtlijntekst:

Keuze en verantwoording voor de literatuur

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van een gecomputeriseerd literatuuronderzoek in Medline op combinaties met de volgende trefwoorden: anxiety, social fobia, GAS, PTSD, OCD, alternative medicine, herbal, St. John's worth, medicine, kava-kava, passiflora, valeriaan.

Bij de selectie van de literatuur werd in eerste instantie gebruik gemaakt van meta-analyses. Wanneer deze niet beschikbaar waren, werd per psychofarmakon een review of een Randomized Controlled Trials (RCT) geselecteerd.

Inleiding

Uit de literatuur waarbij aan meerdere plantenextracten angstreductie wordt toegekend, zijn er twee middelen kava-kava en valeriaan waarover volgens onze normen redelijk is gepubliceerd. In deze publicaties wordt de angststoornis niet onderverdeeld volgen onze DSM IV classificatie. Dit maakt een goede vergelijking met de reguliere middelen niet makkelijk.

Over passiflora is maar weinig literatuur gevonden. De literatuur over St. Janskruid heeft vrijwel alleen betrekking op de depressieve stoornis en wordt hier verder niet behandeld.

Kava-kava

Kava-kava wordt geëxtraheerd uit de wortel van Piper methysticum. In verschillende dubbelblind placebogecontroleerde trials is de werkzaamheid op korte termijn aannemelijk gemaakt. Het is effectiever dan placebo.(4,5,9) Wel bevatten deze studies slecht gedefinieerde patiënten populaties en kleine aantallen patiënten. In een studie wordt kava-kava succesvol toegepast als vervanging van eerder benzodiazepine gebruik.(8) De gebruikte doseringen zijn variabel. Er wordt gebruik gemaakt van 50-300 mg per dag. Deze dosering blijkt uit trials ongeveer equivalent aan 15 mg oxazepam per dag. Omdat het gehalte aan actief bestanddeel niet altijd goed is gedefinieerd, is een goed doseringsadvies moeilijk. Het effect op langer termijn is nog niet goed onderzocht. Interacties van Kava-kava zijn beschreven met levodopa en alprazolam (7). Ook wordt vaak in handelspreparaten Kava-kava met St. Janskruid gecombineerd, waardoor in combinatie met bijvoorbeeld een SSRI gevaarlijke interacties kunnen ontstaan.(4,7) Het is van belang dat de behandelaar aan de patiënt vraagt welke medicatie gebruikt wordt, ook wat betreft de zelfmedicatie van alternatieve middelen. Recent zijn ernstige bijwerkingen van Kava-kava gemeld: met name acuut nierfalen en ernstige leverfunctiestoornissen. Mede vanwege de ernst van deze bijwerkingen mogen producten waarin kava-kava verwerkt is vanaf 1 november 2002 niet meer verhandeld worden.

Passiflora

Passiflora is een extract uit de bloemen, stengels en bladeren van Passiflora Incarnata. Er is slechts één trial die de werkzaamheid als anxiolyticum aantoont. In deze dubbelblind placebogecontroleerde trial met 36 patiënten was de bereikte anxiolyse, met 45 druppels passiflora extract per dag, gelijk aan 30mg oxazepam per dag. In dit onderzoek waren alleen patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis geïncludeerd (1). Bijwerkingen zijn over het algemeen gering. Wel wordt beschreven dat passiflora vitamine K bevat. Hierdoor kan bij gelijktijdig gebruik van coagulantia de stolling toenemen (3).

Valeriaan

Valeriaan wordt geëxtraheerd uit de wortel van Valeriana Officinalis. In enkele trials is de werking als anxiolyticum en slaapmiddel aannemelijk gemaakt. Het is effectiever dan placebo. Twee maal daags 300mg valeriaan bleek uit een trial even effectief als twee maal daags 5 mg oxazepam (5,6,10). Een goed doseringsadvies is niet gepubliceerd. Bijwerkingen zijn over het algemeen gering. Hoofdpijn, gastro-intestinale klachten en een geïsoleerd geval van nefrotoxiciteit worden gemeld. Interacties zijn beschreven bij de inductie van narcose (2).

Aanbevelingen:

Passiflora kan mogelijk effectief zijn bij gegeneraliseerde angststoornis.

Doseringsadviezen zijn bij Passiflora, gezien het gebrek aan gestandaardiseerde gegevens over gehalte aan actieve stof per handelspreparaat, moeilijk te geven.

Valeriaan kan als zelfmedicatie gebruikt worden bij kortere periodes van angst waarbij slaapverbetering belangrijk is.

Het standpunt van de Commissie is om deze middelen niet zelf voor te schrijven maar wel goed op de hoogte te zijn en blijven van de werking, bijwerkingen en interacties van deze middelen en expliciet bij de patiënt na te vragen of een van deze gebruikt wordt en wat voor- en nadelen zijn.

Conclusies:

Kava-kava

Niveau 1	<p>Kava-kava is effectiever dan placebo, maar gezien de recent gemelde ernstige bijwerkingen in Nederland niet meer in de handel.</p> <p>A1 Pittler Cochrane review, 2002²⁸⁵; Beaubrun, 2000³⁸; Izzo, 2001¹⁸⁰; Ang-Lee, 2001⁹ B Malsch, 2001²¹⁶</p>
-----------------	---

Passieflora

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat Passiflora mogelijk anxiolytische eigenschappen bezit.</p> <p>B Akhondzadeh, 2001⁴</p>
-----------------	---

Valeriaan

Niveau 2	<p>Valeriaan is effectiever dan placebo en kan gebruikt worden als licht werkend anxiolyticum en slaapmiddel.</p> <p>A2 Ernst, 2002; B Houghton, 1999; B Wheatley, 2001</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Het is mogelijk dat er sprake is van positieve publicatiebias.

- In de meeste publicaties worden de door ons gehanteerde subgroepindeling van de diagnose angststoornis niet doorgevoerd in de patiëntengroepen. Hierdoor zijn de resultaten moeilijk te vergelijken.
- Bij zowel passiflora als valeriaan is het niet duidelijk welke dosering optimaal is.
- De plantenextracten hebben vaak geen standaard samenstelling. Het gehalte aan actieve ingrediënten kan wisselend zijn.
- Deze alternatieve middelen hebben geen vergoedingsstatus. De kosten bedragen gemiddeld €30-40 per maand voor Passiflora of €10 per maand voor Valeriaan en moeten door de patiënt zelf worden betaald.
- Via de populaire media wordt voor de alternatieve middelen veel reclame gemaakt.
- Patiënten aarzelen soms om hulp te zoeken bij reguliere behandelaars en in deze periode van z.g. doktersdelay worden vaak alternatieve middelen gebruikt.
- Bij de keuze van het alternatieve middel fungeren de populaire media, bekenden en verkooppunten als informatiebron.

Het is mogelijk dat een gedeelte van deze patiënten door de zelfmedicatie met alternatieve middelen zodanige verbetering van angstsymptomen ervaart dat de hulpvraag overbodig wordt. Onderzoek over deze mogelijkheid is niet gevonden.

Aanbevelingen cliëntenperspectief

Richtlijntekst:

Hieronder vindt u een overzicht van aanbevelingen vanuit het cliëntenperspectief. Deze aanbevelingen zijn ondermeer gebaseerd op het rapport '*Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij angststoornissen*' (C. van der Veen, A. Eland en A. Wiemand), dat bewerkt is door mw. drs. M. Taams en mw. M. Ulrich

Diagnostiek

Richtlijntekst:

Clientkenmerken

Mensen met een angststoornis zijn meester in het verhullen van het eigenlijke probleem achter een façade van diverse lichamelijke klachten. Omdat de cliënt in eerste instantie vaak niet rechtstreeks aangeeft waar het om gaat, is het belangrijk dat de hulpverlener zich inspant om de hulpvraag van de cliënt boven tafel te krijgen. Dat kan hij doen als hij vermoedt dat er sprake is van een angststoornis. Hieronder staat een aantal veelvoorkomende kenmerken van de cliënt waarbij de hulpverlener kan denken in de richting van een angststoornis:

- extreme angst/onzekerheid (in de acute fase);
- verstoord evenwicht van draaglast - draagkracht (dit kan zich uiten in zowel overdreven actief als passief gedrag);
- façadegedrag, bedoeld om schaamte- en schuldgevoelens te verbloemen. De cliënt doet extreme pogingen om zich staande te houden;
- een hoge mate van perfectionisme;
- geen grenzen kunnen stellen/geen maat kunnen houden;
- denken in termen van alles-niets/zwart-wit/goed-slecht;
- overgevoeligheid voor de omgeving;
- neiging tot afstand nemen en teruggetrokken leven; Mensen met angststoornissen kunnen overgaan tot totale vermijding en terugtrekkinggedrag. Wat weer leidt tot eenzaamheid;
- cliënten ontbreekt het soms aan een divers en geïnformeerd netwerk, waaronder de familie. Vaak is de familie/directe omgeving ook niet goed op de hoogte van de problematiek;
- cliënten kunnen problemen hebben met het vinden en aangaan van intieme relaties;
- vaak is er sprake van lichamelijke problemen zoals extreme vermoeidheid, motorische problemen (zoals door de benen zakken), hyperventilatie, braken en eetproblemen;
- er kan sprake zijn van een verstoord dag- en nachtritme, zoals slaapproblemen, 's nachts actief worden, 's ochtends niet uit bed kunnen komen;
- belemmeringen vanuit de omgeving. Cliënten worden in hun normale functioneren vaak belemmerd door de reacties van de omgeving op de problematiek. De omgeving kan cliënten het gevoel geven dat ze niet meer als gezond of volwaardig worden gezien. Ook kan de omgeving overbezorgd reageren en de mogelijkheden en capaciteiten van de cliënt onderschatten;
- ervaren van afhankelijkheid en onveiligheid in de relaties met hulpverleners maakt dat cliënten kwetsbaar kunnen reageren, vooral in acute fases;
- het handhaven van een optimale mate van zelfbeschikking is vaak problematisch. Dit probleem speelt op meerdere niveaus. In de relatie met hulpverleners voelen cliënten zich vaak onmachtig om hun eigen hulpvraag te formuleren en van daaruit eigen keuzes te maken. Maar ook daarbuiten, in de rest van hun leven, heeft men vaak het gevoel het eigen leven niet meer te kunnen sturen en in te richten volgens de individuele waarden en ideeën;
- afhankelijkheid van de wensen van anderen, geen eigen beslissingen kunnen nemen;
- het hebben van een laag zelfbeeld;
- het niet goed zorgen voor zichzelf (anderen gaan voor);
- een sterke behoefte aan bevestiging;
- een sterke scheiding tussen verstand en gevoel;
- vaak een sterk verminderd of verstoord gevoel;

- oververmoeidheid en uitputting (uitputting als gevolg van een dwangstoornis is vaak niet iets wat cliënten bij zichzelf herkennen);
- overmatig roken/drinken; concentratieproblemen.

Belangrijke aspecten tijdens de diagnostische fase

- De hulpvraag van mensen met angststoornissen kan rechtstreeks betrekking hebben op de aanwezige angsten maar ook in eerste instantie andere (met de angststoornis samenhangende) problemen betreffen zoals chronische depressieve klachten, lichamelijke klachten, arbeidsproblemen, relatieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries en / of verslavingsproblematiek.
- De hulpvraag kan betrekking hebben op het opheffen van de angstverschijnselen als zodanig, het verkrijgen van hulp bij de omgang met de angstverschijnselen c.q. het opdoen van copingstrategieën daarvoor of gericht zijn op het verbeteren van de negatieve consequenties van de angststoornis voor het sociaal en maatschappelijk functioneren van betrokkene.
- Vaak heeft de hulpvraag betrekking op reeds lang bestaande angstverschijnselen. Een reden hiervoor kan zijn dat angststoornissen nogal eens schuilgaan onder tal van lichamelijke klachten en in eerste instantie niet als zodanig door de cliënt worden herkend.
- Hulp wordt vooral gevraagd wanneer de angststoornis ernstig interfereert met het functioneren van de betrokkene op belangrijke levensgebieden als werk, relatie en sociale contacten. De hulpvraag ontstaat meestal als de tot dusver gehanteerde copingstrategieën tekort blijken te schieten.
- De hulpvraag kan afkomstig zijn van de betrokkene zelf maar ook van diens systeem. Het functioneren van mensen met angststoornissen is vaak belastend voor hun systeem dat als geheel sterk kan worden beperkt in het normale functioneren of sterk compenserend moet optreden.

Cliënten lopen vaak lang met hun klachten rond en lijden hier sterk onder. De stap om hulp te vragen is groot en wordt niet snel genomen. Daarom is het belangrijk dat cliënten die de stap genomen hebben voelen dat ze serieus worden genomen. Hulpverleners kunnen dit laten merken door de ernst van de klachten serieus te nemen en de cliënt voldoende tijd te geven hun verhaal zelf te vertellen.

De attitude van eerstelijns hulpverleners wordt gekenmerkt door het serieus nemen van de psychische en de hiermee samenhangende lichamelijke klachten en door het geven van zinvolle, op de angststoornis afgestemde, adviezen. Het advies 'doe eens een tijdje rustig aan', 'wees sterk', 'zoek ontspanning', of 'ga wat aan je hobby's doen' zijn voorbeelden van slechte adviezen, omdat mensen met een angststoornis die niet kunnen opvolgen.

De hulpverlener dient zich ervan bewust te zijn dat de klachten en symptomen van cliënten op zowel psychisch, lichamelijk als sociaal vlak tot uiting kunnen komen. De hulpverlener kijkt naar de samenhang tussen psychische en lichamelijke klachten.

In de eerste lijn heeft de cliënt behoefte aan een hulpverlener die over voldoende kennis beschikt om de juiste globale diagnose te stellen en om adequaat te kunnen verwijzen. Een checklist voor eerstelijns hulpverleners lijkt een zinvol instrument om de juiste vragen te kunnen stellen en de stoornis te kunnen herkennen.

Nadat de diagnose is gesteld, is het voor cliënten belangrijk dat de mogelijkheid geboden wordt om de diagnose voor zichzelf te toetsen. Dit kan via een second opinion maar vaak betekent het vooral dat de cliënt bij zichzelf nagaan of de kenmerken van de stoornis inderdaad overeenkomen met de eigen klachten. De cliënt kan zo de stoornis bij zichzelf gaan herkennen.

Informatie over patiënten/cliëntenverenigingen, lotgenotencontact, zelfhulp, lectuur, sites op internet etc. wordt in een vroeg stadium beschikbaar gesteld.

Een angststoornis kan zwaar wegen in het leven van een cliënt. Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijkse leven in en kunnen het zelfvertrouwen van cliënten sterk ondermijnen. Vaak is er ook sprake van lichamelijke klachten. Door onbegrip en schaamte over de klachten durven cliënten zich vaak niet te uiten. Hulpverleners kunnen cliënten ondersteunen door aandacht te schenken aan de individuele beleving van de problemen, door begrip te tonen voor de ervaren lijdensdruk en door de onzekerheid over de juistheid van de hulpvraag weg te nemen.

Tijdens de diagnostische fase is het belangrijk dat cliënten hun eigen verhaal kunnen vertellen en dat er niet uitsluitend naar klachten en symptomen wordt gekeken. Ook is het van belang na te gaan of bepaalde klachten en symptomen wellicht een andere oorzaak hebben. De hulpverlener kan navragen of de cliënt extreme dorst heeft (i.v.m. mogelijke suikerziekte) en/of buiten adem raakt juist bij traplopen of fietsen (i.v.m.

hartfalen). De gevolgen van de angststoornis op verschillende levensgebieden worden besproken, zoals de gevolgen voor het werk of de relatie. De hulpverlener geeft aan hoe de cliënt desgewenst de diagnose kan toetsen via een second opinion, door contact met lotgenotenorganisaties of door voorlichting over de stoornis.

Een belangrijk diagnostisch aandachtspunt is de differentiatie tussen angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Voor cliënten met een angststoornis is de rol van de hulpverlener, met name die van de huisarts, op het gebied van diagnostisch onderzoek en het doorverwijzen, erg belangrijk.

Cliënten hechten aan een snelle en adequate diagnose, die is gebaseerd op hun eigen verhaal. De hulpverlener houdt er rekening mee dat cliënten pas na gericht doorvragen en in tweede instantie vertellen wat er aan de hand is. De hulpverlener zorgt dat de cliënt daar voldoende tijd voor krijgt en maakt er een aantal consulten voor vrij.

Als duidelijk is wat er aan de hand is, dan geeft de hulpverlener aan wat de diagnose is en bespreekt vervolgens deze diagnose met de cliënt.

Hulpverleners, met name de huisarts, motiveren cliënten daarbij voor een behandeling zodat een eventuele behandeling zo snel mogelijk van start kan gaan.

De hulpverlener dient bij cliënten na te vragen in hoeverre ze in staat zijn deze informatie verwerken. Voor cliënten met bepaalde stoornissen (bijvoorbeeld een dwangstoornis) kan bijvoorbeeld het bestuderen van schriftelijke informatie lastig zijn.

Een wens vanuit het cliëntenperspectief is dat de eerstelijns hulpverleners meer getraind worden in hun diagnostische vaardigheden, zoals het gericht doorvragen. Cliënten met een angststoornis zijn namelijk sterk geneigd om zich voor te doen als de 'ideale patiënt' die de hulpverlener naar de mond praat. Zo blijft de stoornis vaak onzichtbaar en voelt de cliënt zich onbegrepen.

Om een zo volledig en correct mogelijk beeld van de problematiek te krijgen zal de hulpverlener breed moeten doorvragen en onderzoeken. Bij psychische klachten is het belangrijk om ook altijd een lichamelijk onderzoek te doen. Bij het verzamelen van informatie vraagt de hulpverlener in een vroeg stadium of de cliënt toestemming wil geven om ook de familie en de omgeving te betrekken. De cliënt heeft de hulp van zijn familie en omgeving vaak nodig om het verhaal te kunnen vertellen en om onderscheid te kunnen maken tussen 'een stoornis hebben' en 'gestoord zijn'.

Ook tijdens de behandeling is contact van de huisarts met de familie belangrijk.

Adequate diagnostiek betekent met name dat de stoornis herkend wordt en dat er niet onnodig lang gewacht wordt met het indiceren van de juiste behandeling. Belangrijk is ook om de kracht van de cliënt te inventariseren en het steunsysteem van de cliënt in kaart te brengen. Signalen van relevante anderen worden opgepikt en bij de diagnostiek betrokken.

Tot slot heeft in deze fase ook de familie of omgeving behoefte aan informatie, bijvoorbeeld over de betekenis van angsten voor de cliënt, het behandelplan, het toekomstperspectief en wenselijke reacties van de omgeving.

Behandeling

Richtlijntekst:

Zodra de diagnose is gesteld is het belangrijk dat de behandeling snel wordt gestart. Wachtijd voor behandeling vergroot de angst.

In de crisisfase is de eerste behoefte van de cliënt het wegnemen van alle druk. De hulpverlener dient zich te realiseren dat de cliënt in deze toestand niets anders meer voelt dan de angst (voor de angst) of de dwang. In het begin van de behandeling neemt de angst bij de cliënt vaak toe. De cliënt heeft dan grote behoefte aan vertrouwen, ondersteuning en voorlichting van de hulpverlener in een poging niet 'gek te worden' en zich nog meer af te zonderen van de omgeving. Vaak wordt dit gedrag ten onrechte geïnterpreteerd als een grote afhankelijke opstelling van de cliënt. Dit is niet juist. De cliënt is vaak bang om gek te worden. Zonder begrip vervalt de cliënt in nog meer vermijdingsangst en gaat hij nog sterker proberen het gedrag te verstoppen voor de buitenwereld, wat een toename van angst en eenzaamheid tot gevolg heeft.

Bij de start van de behandeling hebben zowel cliënten als hun omgeving dus vooral behoefte aan steun, gespecialiseerde deskundigheid en informatie. Wat dat laatste betreft is er vooral behoefte aan informatie over de stoornis, de gevolgen voor het functioneren in brede zin, de behandelmogelijkheden en de mogelijkheid tot lotgenotencontact. Steun en informatie aan de familie/omgeving heeft twee doelen: geruststelling van de familie en het doorbreken van patronen die de stoornis juist in stand houden.

De behandeling is van het begin af aan integraal. Cliënten vinden het belangrijk dat de behandeling niet alleen gericht is op de medische/psychische problematiek maar dat er ook aandacht is voor lichamelijke, psychologische en sociale problematiek. Deze zijn vaak een onderdeel van de stoornis. Hulpvragen liggen ook op het brede gebied van werk, financiën en huisvesting. Afstemming van de huisarts over de begeleiding van de familie wordt als behoefte gesignaleerd.

Hulpverleners wordt aanbevolen om tijdens de hulpverlening regelmatig na te gaan of en hoe de cliënt inspraak in de besluitvorming wil en goed op verzoeken tot inspraak te letten. Daarbij let de hulpverlener er ook op wat de cliënt belemmert of juist bevordert om de gegeven en gewenste ruimte in te nemen. Hulpverleners gaan na of de gegeven informatie door de cliënt is begrepen en stimuleren de cliënt om zelf mee te beslissen en open te staan voor wensen, kritiek en verzoeken.

Cliënten hebben vaak behoefte aan een evaluatie van de behandeling. Ook tijdens de behandeling bestaat vaak de behoefte regelmatig samen met de hulpverlener te kijken of de behandeling effect heeft, dat wil zeggen, of het effect van de hulp in het dagelijks leven te merken is.

Veel cliënten hebben grote problemen met het structureren en invulling geven aan de dag. Dit verdient de aandacht van de hulpverleners. Hulpverleners kunnen cliënten ondersteunen bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten en andere activiteiten die cliënten (nog) ondernemen. Door het bespreken van onzekerheden van cliënten en het geven van goede uitleg over de stoornis zijn cliënten in staat om op hun beurt uitleg te geven aan mensen uit hun omgeving en zo onbegrip te verminderen. Hulpverleners bespreken samen met de cliënt bij welke activiteiten zij steun wensen en hoe die ondersteuning gerealiseerd kan worden.

Cliënten met een angststoornis kunnen zich onbegrepen voelen door hun omgeving. Daardoor kunnen zij problemen ondervinden bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Hulp hierbij, met name hulp die in de eigen omgeving geboden wordt, kan mensen stimuleren om te blijven functioneren in hun sociaal netwerk. De omgeving kan gebaat zijn bij uitleg over een angststoornis en aanwijzingen hoe daarmee om te gaan.

De cliënt heeft, zonder dit zelf te onderkennen, behoefte aan ondersteuning bij het opnieuw opbouwen dan wel onderhouden van relaties.

Hulpverleners dienen aandacht te geven aan de positieve en negatieve kanten van de stoornis en de wijze waarop cliënten hiermee om kunnen gaan. Hulpverleners kunnen op een gegeven moment ook aandacht hebben voor het accepteren van blijvende beperkingen (chronische kant) voor sommige cliënten. Een angststoornis blijft, ook voor een genezen cliënt, een zwakke plek waar men mee moet leren leven. Het zal veel energie kosten om op het bereikte niveau te blijven functioneren. Aandacht voor het verwerken van dit gegeven, het rouwproces daaromtrent en het stigma van 'psychiatrisch patiënt' is belangrijk. Daarnaast zal de cliënt alert gemaakt moeten worden op symptomen van terugval.

In de vroege behandelfase is het voor cliënten (en hun omgeving) noodzakelijk dat er direct concrete informatie gegeven wordt aan cliënt en familie over de volgende onderwerpen: wat is een angststoornis, waar is een angststoornis aan te herkennen, bij welke hulpverlener kunnen mensen met een angststoornis terecht, wat zijn de behandelmogelijkheden, wat zijn de medicamenteuze mogelijkheden, wat kunnen cliënten zelf doen en welke verdere informatiebronnen zijn er (boekenlijsten, patiëntenverenigingen, lotgenotencontact). De omgeving wordt direct bij de behandeling betrokken (als de cliënt daar toestemming voor geeft). Het is vaak zinvol psycho-educatie aan mensen uit de omgeving van de cliënt te geven, juist omdat mensen uit de omgeving door hun reacties de klachten, angsten en/of dwang van de cliënt in stand kunnen houden. Informatie aan de omgeving van de cliënt kan bovendien voorkomen dat men het vertrouwen in de cliënt opzegt.

De familie heeft ook behoefte aan begeleiding en/of lotgenotencontact, onder andere bij het doorbreken van bovenstaand patroon. Ook kan de aandacht van de hulpverlener zich richten op de gevolgen van het gedrag van de cliënt voor partner en gezin.

Hulpverleners geven cliënten de informatie waaraan zij behoefte hebben. Dit kan informatie zijn over de ziekte zelf maar ook over mogelijke behandelingen en bijwerkingen. Ook verwijst de hulpverlener cliënten naar andere plaatsen waar zij informatie kunnen krijgen, zoals het verwijzen naar instellingen,

patiëntenverenigingen, bibliotheken, internet en andere bronnen waar cliënten aan meer informatie kunnen komen.

Hulpverleners dienen cliënten te informeren over combinaties van behandelingen (pillen en praten).

Aandacht voor het lichamelijke functioneren mag in de behandeling niet ontbreken. De cliënt heeft vaak last van hyperventilatie, vele kwaaltjes en pijntjes, vermoeidheid (door medicatiegebruik, het continue denken, concentratiestoornissen, het voortdurend iets moeten, slaap- en eetproblemen).

Tijdens de behandeling zal de cliënt moeten leren de eigen gedachtes en het eigen gedrag te herkennen, onder ogen te zien en te benoemen. De cliënt moet opnieuw leren voelen. Welke angst is normaal en welke angst betekent een terugval in de angststoornis.

Hulpverleners en cliënten zijn verantwoordelijk voor een zorgvuldige afronding van de behandeling.

Hulpverleners wordt aangeraden afspraken met cliënten te maken over afbouwen en stoppen van hulp en over eventuele nazorg.

Genezing is niet altijd een haalbaar doel. Het accepteren van beperkingen en grenzen kan op een gegeven moment een zinvol doel worden dat cliënt en hulpverlener bewust nastreven.

Voor een goede samenwerking tussen hulpverlener en cliënt is het belangrijk dat beide partijen hun visie, voorkeuren en meningen over de ziekte naar voren brengen en bekijken wat voor behandelingen hierop van toepassing kunnen zijn.

Parmacotherapeutische behandeling van een angststoornis

Hulpverleners behoren zich bewust te zijn van de mate waarin zij medicijnen voor cliënten met een angststoornis voorschrijven en hoelang cliënten deze vervolgens gebruiken. Bij het verlengen van recepten stellen zij zich op de hoogte van de voortgang van de behandeling en besluiten zij in gezamenlijk overleg met de cliënt hoe de behandeling verder moet verlopen en of er andere vormen van hulp wenselijk zijn.

Het is erg belangrijk dat hulpverleners voldoende kennis hebben over medicatie, juiste doseringen en bijwerkingen die bij de medicatie kunnen optreden, vooral omdat cliënten met een angststoornis vaak angstiger/voeliger reageren in de inwerkfase van de middelen dan niet-angstige mensen. Een goede en uitgebreide uitleg over een behandeling met medicatie (inwerktijd, mogelijke werking, bijwerkingen) en de keuze voor een specifieke medicijn kan bepalend zijn voor het slagen van de behandeling. Hulpverleners stellen cliënten op de hoogte dat het voorspellen van de (bij)werkingen in individuele gevallen erg moeilijk is. Hulpverleners verwijzen hun cliënten ook door naar patiënt/cliëntenorganisaties, lotgenotencontacten en andere informatiebronnen waar cliënten informatie kunnen krijgen over de ervaringen van anderen. De hulpverlener dient bij cliënten na te vragen in hoeverre ze in staat zijn deze informatie verwerken. Voor cliënten met bepaalde stoornissen (bijvoorbeeld een dwangstoornis) kan bestuderen van schriftelijke informatie lastig zijn.

Tijdens de inwerktijd van de behandeling met medicijnen krijgt de cliënt extra ondersteuning aangeboden omdat de klachten en angsten vaak toenemen. De hulpverlener geeft deze extra ondersteuning door het voorschrijven van medicatie die de ergste bijwerkingen in deze fase verminderen of door een noodplan op te stellen voor als de situatie onhandelbaar wordt voor de cliënt. Ook zorgt hij ervoor om op korte termijn vervolgspraken te maken met de cliënt.

Ook tijdens de onderhoudsdosering en bij het afbouwen van de medicatie blijft de behandelaar betrokken. De cliënt moet bij de hulpverlener terecht kunnen voor actuele informatie betreffende nieuwe medicijnen, maar ook als er behoefte bestaat voor controle in het kader van de behandeling met medicijnen.

Bij het afbouwen van medicatie is aandacht en uitleg over eventueel optredende lichamelijke klachten noodzakelijk. Deze worden benoemd als behorend bij het afbouwen en niet als een toename van psychische klachten.

Tijdens het voorschrijven van medicatie geven hulpverleners cliënten uitvoerig informatie over de risico's die op kunnen treden als ze zonder overleg stoppen met de medicatie.

Cliënten ervaren vaak nadelige effecten bij het gebruik van kalmeringsmiddelen. Hulpverleners wordt aanbevolen voorzichtig om te gaan met het voorschrijven van dergelijke medicijnen, bij voorkeur alleen op zonedig basis samen met een goede uitleg over de effecten en het gebruik.

Tijdens de behandeling wordt ook aandacht besteed aan zelfzorg (voedingspatroon, dagindeling).

Psychologische/ psychotherapeutische interventies

Cliënten hebben behoefte aan informatie over de werkwijze en effecten van interventies als ontspanningsoefeningen, registratie, assertiviteitstraining en hypnotherapie. Tijdens de behandeling wordt voor werkende cliënten ook aandacht besteed aan de werkrelatie. Juist op het werk is gedragsverandering moeilijk en valt men snel terug in oude patronen om conflicten te vermijden. Het oordeel van de ander is belangrijker dan het eigen oordeel van zichzelf. Ook schaamte voor de stoornis speelt een belangrijke rol. De behandeling dient specifiek aandacht te schenken aan de communicatie van de cliënt met zichzelf en

zijn/haar omgeving. Te denken valt aan het geven van een dubbele boodschap, het gewend zijn sociaal wenselijk gedrag te vertonen in plaats van open en eerlijk te zijn (hetgeen gezien wordt als falen), vermijding van conflicten en het zichzelf niet serieus nemen.

Relationele aspecten van hulpverlening

Voor een goede samenwerking tussen hulpverlener en cliënt is het belangrijk dat beide partijen hun visie, voorkeuren en meningen over de ziekte naar voren brengen en bekijken wat voor behandelingen hierop van toepassing kunnen zijn.

Hulpverleners houden rekening met cliënten en hun wensen en mogelijkheden. Ook realiseren zij zich dat wensen en mogelijkheden in de loop van de behandeling kunnen veranderen. Daarom is het belangrijk dat cliënten die hebben aangegeven geen inbreng te willen hebben naar verloop van tijd door hulpverleners weer actief worden uitgenodigd om hun wensen kenbaar te maken en deel te nemen in het beslissen en uitvoeren van de behandeling.

Hulpverleners nemen cliënten serieus en erkennen hun ervaringsdeskundigheid.

Hulpverleners tonen betrokkenheid en begrip en gaan in op de inhoud en de klachten van de cliënten.

Hulpverleners staan open voor de wensen en meningen van cliënten. Hulpverleners dienen cliënten als mens te benaderen en aandacht te hebben voor de sociale omgeving van cliënten. Hulpverleners informeren regelmatig bij cliënten naar hun mening over het verloop van de behandeling, of zij tevreden zijn over de inbreng die ze hebben, welke belemmerende en bevorderende factoren de inbreng beïnvloeden, en welke behoeften cliënten verder hebben.

Inbreng van cliënten bij de besluitvorming wordt belemmerd doordat cliënten hun mening vanwege gevoelens van afhankelijkheid of angst vaak niet durven verwoorden. Veel cliënten hebben behoefte aan een betrokken hulpverlener en aan een relatie met de hulpverlener waarin sprake is van gelijkwaardigheid

Organisatorsche aspecten van de hulpverlening

Essentieel is dat er afspraken bestaan over het contact en dat het contact goed is georganiseerd.

Ook wanneer cliënten op goede hulp moeten wachten, hebben zij behoefte aan duidelijke afspraken over de hulpverlener of de instantie bij wie ze terecht kunnen met vragen en problemen. Ook informatie over de wachttijd en de stappen erna kunnen de periode van het wachten makkelijker maken.

Als hulpverleners cliënten verwijzen naar collega's kunnen zij behulpzaam zijn bij het vinden van de juiste persoon. Het vinden van een hulpverlener die aansluit bij de individuele problematiek van cliënten is een professionele verantwoordelijkheid. Ook het organiseren van de geïndiceerde hulp is een taak van de verwijzende hulpverlener.

Samenwerking tussen hulpverleners van verschillende instanties bevordert de kwaliteit van de hulpverlening in de ogen van cliënten. Hulpverleners dienen elkaar te informeren over het eigen handelen en de hulp in samenhang aan te bieden. Goede bereikbaarheid van hulpverleners is belangrijk voor cliënten.

Tijdens de behandelfase wordt ook aandacht besteed aan de financiële draagkracht van cliënt.

Soms worden cliënten in hun keuze beperkt door de bestaande vergoedingsystematiek. De keuze voor een vrijgevestigde therapeut kan niet altijd gerealiseerd worden. Ook worden behandelingen soms verkort tot minder sessies, wat niet wenselijk is.

Referenties

1 - Abramowitz JS

Abramowitz JS. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. Beh Ther; 29: 339-355.

2 - Abramowitz JS

Abramowitz JS. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. J Cons & Clin Psychol; 65: 44-52.

3 - Abramowitz JS

Abramowitz JS. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Behav Ther; 27: 583-600.

4 - Akhondzadeh S

Akhondzadeh S, et al (2001). Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind andomized controlled trial with oxazepam. J Clin Pharm Ther Oct;26 (5):363-7.

5 - Allgulander C

Allgulander C, Hackett D, Salinas E.(2001). Venlafaxine extended release in the treatment of generalized anxiety disorder, 24 week placebo-controlled dose-ranging study. Br J Psychiatry; 179: 15-22.

6 - Allgulander C

Allgulander C. (1999). Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. Acta Psychiatr Scand; 1000(3):193-198.

7 - Ameringen MA van

Ameringen MA van, Lane RM, Walker JR, Bowen RC, Chokka PR, Goldner EM et al.(2001) Sertraline treatment of generalized social phobia: A 20-week, double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry; 158(2):275-281.

8 - Andrews

Andrews, G., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (1994). The treatment of anxiety disorders. Clinician s guide and patiënt manuals. Cambridge, Cambridge University Press.

9 - Ang-Lee MK

Ang-Lee MK, Moss J, Yuan CS.(2001.) Herbal medicines and perioperative care. JAMA. Jul 11; 286(2): 208-16. Review.

10 - Argento A

Argento A, Tiraferri E, Marzaloni M. (2000). Oral anticoagulants and medicinal plants. An emerging interaction. Ann Ital Med Int Apr-Jun;15(2):139-43.

11 - Arntz

Arntz, A. & Elgersma, H. (1999). Cognitieve therapie bij gegeneraliseerde angststoornis. In: S.M. Bögels & P. Van Oppen, Cognitieve therapie: theorie en praktijk. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

12 - Arrindell

Arrindell, W.A. (1993). The fear of fear concept: evidence in favour of multidimensionality. Behaviour Research and Therapy, 31, 507-518.

13 - Arrindell

Arrindell, W.A. (1980.) Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS III) in a phobic population: A factorial definition of agoraphobis. Behaviour Research and Therapy, 18, 229-242.

14 - Arrindell

Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.

15 - Arrindell

Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G., & Ende, J. van der (1984). Phobic dimensions: I. Reliability and generalizability across samples, gender, nations. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 6, 207-254.

16 - Arrindell

Arrindell, W.A., Groot, P.M. de, & Walburg, J.A. (1984). *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag*. Handleiding Deel I. Lisse: Swets & Zeitlinger.

17 - Arts

Arts, W., Severijns, R., Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de en Schaap, C. (1990). De Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (IDB): een replicatie onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit. *Gedragstherapie*, 23, 17-27.

18 - Avia

Avia, M.D., Ruiz, M.A., Olivares, M.E., Crespo, M., Guisado, A.B., Sanchez, A. & Valera, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 23-32.

19 - Baer L

Baer L, Rauch SL, Ballantine HT, Martuza R, e.o. (1995). Cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. *Arch of Gen Psychiatry*; 52: 384-392.

20 - Baghai T

Baghai T, Kuhn K, Ehrentraut S. (1998). Buspirone and lorazepam in the treatment of generalized anxiety disorder in outpatients. *Psychopharmacol*; 136: 357-366.

21 - Bakker A

Bakker A, Balkom AJLM van, Spinhoven P, Blaauw B, Dyck R van. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *J Ner Ment Dis*;186:414-419.

22 - Bakker A

Bakker A, van Dyck R, Spinhoven Ph, van Balkom AJLM. (1999). Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry*; 60: 831-838.

23 - Bakker

Bakker, A., van Balkom, A.J.L.M, Spinhoven, Ph. e.a., (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 414-419.

24 - Bakker

Bakker, A., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, Ph. (2001). SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Sep;106(3):163-7.

25 - Bakker

Bakker, A., van Balkom, AJLM, Spinhoven, Ph., Blaauw, B., van Dyck, R. (1998): Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. A quantitative review. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 186, 414-419.

26 - Baldwin D

Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br J Psychiatry*; 175:120-126.

27 - Baljon

Baljon, M., Kramers, M., & Verveld S (1999). Waar woorden tekort schieten. *Tijdschrift voor Creatieve therapie* vol 2 pp 3-9.

28 - Balkom A.J.L.M. van

Balkom A.J.L.M. van, Haan, E. de, Oppen, P. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., Dyck, R. van (1998). Cognitive and behavioral therapies versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*; 186: 492-499.

29 - Balkom AJLM van

Balkom AJLM van, Nauta M, Bakker A. (1995). Meta-analysis on the treatment of panic disorder with

agoraphobia: review and re-examination Clin Psychol Psychother; 2: 1-14.

30 - Balkom

Balkom, A.J.L.M. van, Bakker, A., Spinhoven, Ph., (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. Journal of Nervous and Mental Disease, 185, 510-516.

31 - Balkom

Balkom, AJLM van, van Oppen P, Vermeulen AWA, van Dyck R, Nauta MCE, Vorst HCM. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. Clin Psychol Rev; 14: 359-381.

32 - Ballenger JC

Ballenger JC, Wheadon DE, Steiner M, Bushnell W, Gergel IP. (1998). Double-blind, fixed dose, placebo-controlled study of paroxetine in the treatment of panic disorder. Am J Psychiatry; 155: 36-42.

33 - Ballenger JC

Ballenger JC. (1991). Long-term treatment of panic disorder. J Clin Psychiatry: 52(suppl 2): 18-23.

34 - Barlow DH

Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial. JAMA, 283: 2529-2536.

35 - Barlow

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York, The Guilford Press

36 - Barlow

Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988): Psychological treatment of panic. New York, The Guilford Press.

37 - Barlow

Barlow, D.H., Rapee, R.M. & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 23, 551-570.

38 - Beaubrun G

Beaubrun G, Gray GE. (2000). A review of herbal medicines for psychiatric disorders. Psychiatr Serv. Sep;51(9):1130-4.

39 - Bech

Bech, P., Kastrup, M, Rafaelsen O.J. (1986). Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. Acta Psychiat Scand., 73, 1-37.

40 - Beck

Beck, Rawlins, & Williams 1991. Mental Health Psychiatric Nursing.

41 - Bellew KM

Bellew KM, McCafferty JP, Iyngar MK, Zaninelli R.(2001). Paroxetine and the rate of remission in the treatment of GAD. Poster nr 605 APA.

42 - Benjamin J

Benjamin J, Ben-Zion IZ, Karbofsky E, Dannon P (2000). Double-blind placebo-cotrolled pilot study of paroxetine for specific phobia. Psychopharmacology (Berlin) 149, p. 194-196.

43 - Beurs E de

Beurs E de, Balkom AJLM van, Dyck A van, Lange A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. Act Psych Scand; 99:559-67.

44 - Beurs E de

Beurs E de, Balkom AJLM van, Lange A, Koele P, Dyck R van. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined wit exposure and exposure in vivo alone. Am J Psychiatry;152:683-691.

45 - Beurs

Beurs, E. de, Dyck, R van, Balkom, A.J.L.M. van, & Lange, A. (2001): Geven randomised controlled trials de goede informatie voor de klinische praktijk? Tijdschrift voor Psychiatrie, 43, 41-48.

46 - Black DW

Black DW, Wesner R, Bowers W, Gabel J. (1993). A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. Arch Gen Psychiatry; 50; 44-50.

47 - Blomhoff S

Blomhoff S, Haugt T, Hellström K, Holme I, Humble M, Matdsdu HP, Wold JE. (2001). Randomized controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. Br J Psychiatry, 179:23-30.

48 - Borcovec

Borcovec, T.D., & Whisman, M.A. (1996).: Psychosocial treatments for generalized anxiety disorder. In: M. Mavissakalian & R. Prien (eds.): Long-term treatment of anxiety disorders. Washington D.C. American Psychiatric Association.

49 - Borkovec

Borkovec, T.D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 611-61.

50 - Borkovec

Borkovec, T.D., & Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 877-884.

51 - Borkovec

Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 883-888.

52 - Bouman

Bouman, T.K. & De Ruiter, C. (1991). De validiteit van de Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R). Gedragstherapie, 2, 77-88.

53 - Bouman

Bouman, T.K. & Visser, S. (1998). Cognitive and behavioural treatments of hypochondriasis. Psychotherapy and Psychosomatics, 436, 214-221.

54 - Brady K

Brady K, Pearlstein T, Asnis G, Baker D, Rothbaum B, Sikes CP, Farfel GM. (2000). Efficacy and safety of Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. A randomized controlled trial. JAMA; 283: 1837-1844.

55 - Bram P

Bram P, Greenberg D, Dasberg H, Lezer B.(1990). Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. J Clin Psychiatry; 51: 236-238.

56 - Broeke

Broeke, E. ten, Jongh, A. de, Wiersma, K., Gimbrère, F. (1997). Psychotherapie bij postraumatische stressstoornis: de stand van zaken. Tijdschrift voor Psychotherapie, 23, 305-328.

57 - Brom

Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 164-168.

58 - Brooks D

Brooks D, Stark A, (1989). The effects of dance/movement therapy on affect: A pilot study. American Journal of Dance Therapy, 19, 135-160.

59 - Brown

Brown, C., Chen, A., & Dworkin, S. (1989). Music in the Control of Human Pain. *Music Therapy*, 8, 1, 47-60.

60 - Brown

Brown, T.A., O Leary, T., & Barlow, D.H. (1994): Generalized anxiety disorder. In: D.H. Barlow (ed.): *Clinical handbook of psychological disorders*. Second edition. New York, The Guilford Press.

61 - Brown

Brown, T.A., Hertz, R.M., & Barlow, D.H. (1992). New developments in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. *American-Psychiatric-Press-Review-of-Psychiatry*, 11, 285-306.

62 - Bruce

Bruce, T., Spiegel, D., & Hegel, M. (1999): Cognitive behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 151-156.

63 - Burrows GD

Burrows GD, Judd FK, Norman TR. (1992). Long term drug treatment of panic disorder. *J Psychiatr Res*; 27 (suppl 1): 111-125.

64 - Butler

Butler, G., Fennell, M., Robson, Ph., e.a. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.

65 - Carpenito

Carpenito, L. J. (2001)., *Zakboek verpleegkundige diagnosen*. Wolters-Noordhoff, Groningen.

66 - Chambless

Chambless, D.L., & Gillis, M.M. (1993): Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.

67 - Chambless

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984) Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.

68 - Chemtob

Chemtob, M.C., Tolin, D.F., Van der Kolk, B.A., Pitman, R.K. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In: E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman (Eds.) (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. London: Guilford.

69 - Clark DM

Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, e.a. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Brit J Psychiatry*; 164: 759-769.

70 - Clark DM

Clark DM, Wells A. (2002). A cognitive model of social phobia. Heimberg, R. G., Liebowitz, M., Hope, D. A., and Schneier, F. R. In: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*.

71 - Clark

Clark, D.M. (1996): Panic disorder: from theory to therapy. In: P.M. Salkovskis (ed.): *Frontiers of cognitive therapy*. New York, The Guilford Press.

72 - Clark

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H.C. & Gelder, M. (1998) Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.

73 - Clum

Clum, G.A., Clum, G.A., & Surls, R. (1993): A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 317-326.

74 - Cohn JB

Cohn JB, Rickels K. (1989). Pooled double-blind comparison of the effects of buspirone, diazepam and placebo in women with chronic anxiety. *Current Medical Research Opinions*; 11: 305-320.

75 - Cohn JB

Cohn JB, Wilcox CS. Longterm comparison of alprazolam, lorazepam and placebo in patients with an anxiety disorder. *Psychopharmacology* 1984; 4: 93-98.

76 - Connor KM

Connor KM, Davidson JRT, Potts NLS. (1998). Discontinuation of clonazepam in the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacology*; 18: 373-378.

77 - Connor KM

Connor KM, Sutherland SM, Tupler LA, et al. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder: a randomised, double-blind study. *Br J Psychiatry*; 175:17-22.

78 - Cottraux

Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M. & Marks, I. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive compulsive disorder: One year follow up. *Psychiatry Res*; 49: 63+5.

79 - Cottraux

Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A. M., Douge, R. & Ciadella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*; 5: 17-20.

80 - Cox BJ

Cox BJ, Swinson RP, Morrison B, Lee PS. (1993). Clomipramine, fluoxetine and behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *J Behav Ther & Exp Psychiat*; 24: 149-153.

81 - Cox

Cox, B.J., Endler, N.S., Lee, P.S., & Swinson, R.P. (1992): A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 23, 175-182.

82 - Craske MG

Craske MG, Rowe M, Lewin M, Noriega Dimitri R, (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia, *Brit. Journ. of Clin Psychology*, 36: 85-99 Part 1 FEB.

83 - Craske

Craske, M.G. (1999): *Anxiety disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, Westview Press.

84 - Craske

Craske, M.G., & Rowe, M.K. (1997). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias. In : G.C.L. Davey (ed.): *Phobias. A handbook of theory, research and treatment*. Chichester, New York.

85 - Cross-National Collaborative Panic Study

Cross-National Collaborative Panic Study. (1992). Drug treatment of panic disorder. Comparative efficacy of alprazolam, imipramine, and placebo. *Br J Psychiatry*; 160: 191-202.

86 - Curtis GC

Curtis GC, Massana J, Udina C, et al. (1993). Maintenance drug therapy in panic disorder. *J Psychiatr Res*; 27(suppl 1):111-125.

87 - Cutler NR

Cutler NR, Sramek JJ, Keppel-Hesselink JM et al. (1993). A double-blind placebo-controlled study comparing the efficacy and safety of yopsapirone versus lorazepam in patients with generalized anxiety disorder: a prospective multi-centred trial. *J Clin Psychopharmacology*; 13: 429-437.

88 - Dam-Baggen R

Dam-Baggen R, Kraaimaat F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? J Anxiety Disord 14: 437-51.

89 - Dam-Baggen

Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F. (1990) IOA. Herziene handleiding. Deel 2. Lisse: Swets & Zeitlinger.

90 - Data on file

Data on file, GlaxoSmithKline.

91 - Davidson JRT

Davidson JRT. (2000). Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder: treatment options,

92 - long-term follow-up

long-term follow-up, and predictors of outcome. J Clin Psychiatry; 61 suppl.5: 52-56.

93 - Davidson J

Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. Arch Gen Psychiatry; 47: 259-266.

94 - Davidson J

Davidson J, Pearlstein T, Lonnberg P, Brady KT, Rothbaum B, Bell J, Maddock R, Hegel MT, Farfel G. (2001). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry; 158: 1974-1981.

95 - Davidson JR

Davidson JR, Weisler RH, Malik M, et al. (1998). Fluvoxamine in civilians with posttraumatic stress disorder (letter). J Clin Psychopharmacol; 18: 93-95.

96 - Davidson JRT

Davidson JRT, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT. (1999). Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry; 60: 528-535.

97 - Davidson JRT

Davidson JRT, Ford SN, Smith RD. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. J Clin Psychiatry; 11(suppl): 16-20.

98 - Davidson JRT

Davidson JRT, Potts N, Richichi. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. J Clin Psychopharmacology; 13: 423-428.

99 - Davidson

Davidson, P.R., Parker, K.C. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 305-316.

100 - De Araujo LA

De Araujo LA, Ito LM, Marks IM, Deale A. Does imagined exposure to the consequences of not ritualising enhance live exposure for OCD? A controlled study. Brit J Psychiat 1995; 167: 65-70.

101 - De Silva

De Silva, P., & Rachman, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. Behaviour Research & Therapy, 22, 87-91.

102 - Derogatis

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, MD.: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine.

103 - Dunner DL

Dunner DL, Ishiki D, Avery DH, Wilson LG, Hyde TS. (1986). Effect of alprazolam and diazepam on anxiety

and panic attacks in panic disorder: a controlled study. *J Clin Psychiatry*; 4: 458-460.

104 - Durham

Durham, R.C., Fisher, P.L., Treiving, L.R., Hau, C.M., Richard, K., & Stewart, J.B. (1999).: One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 27, 19-35.

105 - Durham

Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., e.a. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy an anxiety management training for generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.

106 - E.Broers & J.de Lange

E.Broers & J.de Lange (1998). Hulpverlening bij zelfverwonding in de psychiatri.e LCVV, Trimbosinstituut, Utrecht.

107 - E.Broers & J.de Lange

E.Broers & J.de Lange (1999). Omgaan met snijdende pijn, verpleegkundige interventies bij zelfverwendend gedrag. LCVV, Trimbosinstituut.

108 - E.Broers & Weeghel

E.Broers & Weeghel, J. v. (2000). Afzien van suïcide, hoe verpleegkundigen suïcidale mensen begeleiden. Trimbos instituut, Utrecht.

109 - Edelmann

Edelmann, R.J. (1992).: *Anxiety. Theory, research, and intervention in clinical and health psychology*. Chichester, John Wiley and Sons.

110 - Ellie R

Ellie R, Lamontagne Y. (1984). Alprazolam en diazepam in the treatment of generalized anxiety. *J Clin Psychopharmacology*; 4 (3): 125-129.

111 - Emmelkamp PMG

Emmelkamp PMG, Beens H. (1991). Cognitive therapy with OCD. *Behav Res & Ther*; 29: 293-300.

112 - Emmelkamp PMG

Emmelkamp PMG, Kraanen J. (1977). Therapist controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: a comparison with obsessive-compulsive patiënts. *Behav Res & Ther*; 15: 491-495

113 - Emmelkamp PMG

Emmelkamp PMG, Visser S, Hoekstra RJ. (1988). Cognitive therapy versus exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cogn Ther & Res*; 12: 103-114.

114 - Emmelkamp PMG

Emmelkamp PMG. (2001). Behavior therapy with adults. In: Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley;:

115 - Emmelkamp

Emmelkamp, P.M.G. (1994).: Behavior therapy with adults. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th Edition. New York, John Wiley and Sons.

116 - Emmelkamp

Emmelkamp, P.M.G., Hoogduin, C.A.L., & Hout, M.A. van den (2000).: Angststoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.) *Handboek psychopathologie deel 1*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

117 - Emmelkamp

Emmelkamp, P.M.G., van Balkom, A.J.L. (1996).: Angststoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.): *Handboek psychopathologie deel 3*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

118 - Emmelkamp

Emmelkamp, PMG & Felten, M. (1985). The process of exposure in vivo: Cognitive and physiological changes

during treatment of acrophobia. Behaviour Research & Therapy, 23, 219-223

119 - Enkelmann R

Enkelmann R. (1991). Alprazolam versus buspirone in the treatment of outpatients with generalized anxiety disorder. Psychopharmacology; 105: 428-432.

120 - Eppley e

Eppley e. a (1989). Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis. J Clin Psychol, Nov 1989, 45(6):957-974.

121 - Ernst E

Ernst E. (2002). The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng Echinacea, Saw Palmetto, and Kava. Ann Intern Med. Jan 1;136(1):42-53. Review.

122 - Etten

Etten, M.L. van, Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical psychology and psychotherapy, 5, 126-144.

123 - Evers

Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Assen: Van Gorcum.

124 - Fallon

Fallon, B.A., Schneier, F.R., Marshall R. et al. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. Psychopharmacology Bulletin; 32; 607-611.

125 - Fals-Stewart W

Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer B. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. J Nerv & Ment Dis; 181:189-193.

126 - Farmacotherapeutisch Kompas

Farmacotherapeutisch Kompas 2000/2001.

127 - Fedoroff IC

Fedoroff IC, Taylor S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. J Clin Psychopharmacol 21: 311-24.

128 - Feighner JP

Feighner JP. (1987). Buspirone in the long-term treatment in generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry; 48: 3-6.

129 - Ferguson

Ferguson, E. & Daniels, E. (1995). The Illness Attitude Scales (IAS): A psychometric evaluation in a non-clinical sample. Personality and Individual Differences, 18, 463-469.

130 - Feske U

Feske U, Chambless DL. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. Behavior Therapy 26: 695-720.

131 - First

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (1996). User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I disorders - research version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

132 - Foa EB

Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen S. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive compulsive disorder. Am J Psychiat; 152: 90-96.

133 - Foa EB

Foa EB, Steketee G, Milby JB. (1980). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. J Cons & Clin Psychol ; 48 : 71-79.

134 - Foa EB

Foa EB, Steketee GS, Grayson JB, Turner RM, Latimer PR. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals : Immediate and long term effects. Beh Ther; 15: 450-472.

135 - Foa

Foa, E. B., Keane, T.M., Friedman, M.J. (Eds.) (2000). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. London: Guilford.

136 - Franklin ME

Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. J Cons & Clin Psychol; 68: 594-602.

137 - Freeston MH

Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rheaume J, Letarte H, Bujold A. (1997). Cognitive behavioural treatment of obsessive thoughts: A controlled study. J Cons & Clin Psychol ; 65 : 405-423.

138 - Gagne

Gagne, D. & Toye, R. C. (1994). The effects of therapeutic touch and relaxation therapy in reducing anxiety, vol. 8, pp. 184-189.

139 - Garssen B

Garssen B, De Ruiter C, van Dyck R, (1992). Breathing retraining a rational placebo, Clinical Psychology Review, Vol 2 (2): 141-153.

140 - Gelenberg AJ

Gelenberg AJ, Lydiard RB, Rudolph RL, Aguiar L, Haskins JT, Salinas E. (2000). Efficacy of venlafaxine extended release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. 6-month randomized controlled study. JAMA; 283: 3082-3088.

141 - Gelernter CS

Gelernter CS, Uhde TW, Cimboric P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME, Bartko JJ. (1991). Cognitive-behavioural and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. Arch Gen Psychiatry; 48: 938-945.

142 - Gentile V

Gentile V, Lotufo-Neto F, Andrade L. Clomipramine, (1993). A better reference drug for panic/agoraphobia. 1. Effectiveness comparison with imipramine. J Psychopharmacol; 7: 316-324.

143 - Gerven

Gerven, M. van. (1996). De dynamiek tussen angst en verlangen; tijdschrift voor creatieve therapie 1996-1.

144 - Gilroy

Gilroy, L.J., Kirby, K.C., Daniels, B.A., Menzies, R.G., & Montgomery, I.M. (2000). Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus life exposure in the treatment of spider phobia. Behavior Therapy, 31, 733-744.

145 - Glas

Glas, J., (1988). Tekenen naar de overkant. Tijdschrift voor creatieve therapie, vol 3., pp 68-74.

146 - Goldberg HL

Goldberg HL, Finnerty RJ. (1979). The comparative efficacy of buspirone and diazepam in the treatment of anxiety. American J Psychiatry; 136: 1184-1187.

147 - Goldberg

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. British Medical Journal, 297, 897-899.

148 - Goodman WK

Goodman WK, Kozak MJ, White KL. (1996). Treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine: a multicentre, double-blind placebo-controlled trial. Int Clin Psychopharmacol; 11: 21-29.

149 - Gordon

Gordon, M. (1997). Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1997-1998. Elsevier/ De Tijdstroom.

150 - Gould RA

Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and practice* 4: 291-306,.

151 - Gould

Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H. & Yap, L. (1997): Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.

152 - Greist J

Greist J, Chouinard G, Duboff E, Halaris A, Won Kim S, Koran L, Liebowitz M, Lydiard B, Rasmussen S, White K, Sikes C. (1995). Double-blind parallel comparison of three dosages sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 52: 289-295.

153 - Greist JH

Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Chouinard G, DuBoff E, Halaris A, Kim SW, Koran L, Liebowitz MR, Lydiard B, McElroy S, Mendels J, Rasmussen S, White K, Flicker C. (1995). A 1 year double-blind placebo-controlled fixed dose study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*; 10: 57-65.

154 - Greist JH

Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors on obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*; 52: 53-60.

155 - Groenestijn

Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A. (1999). Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I stoornissen. Lisse: Swets en Zeitlinger.

156 - Haan E de

Haan E de, Oppen P van, Balkom AJLM van, Spinhoven P, Hoogduin KAL, Dyck R van. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiat Scand*; 96: 354-361.

157 - Hagood

Hagood, M. M., (2000). The use of art in counselling child and adult survivors of sexual abuse. London: Jessica Kingsley Publishers.

158 - Hanser

Hanser, S. (1985). Music therapy and stress reduction research. *Journal of Music therapy*, 22, 193-206.

159 - Hattum M e

Hattum M e.a. (2000). Vakwerk producttypering van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen.

160 - Heimberg RG

Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ, Becker RE. (1990). Cognitive behavioural group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*; 14: 1-23.

161 - Heimberg RG

Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, Liebowitz MR. (1999) Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med* 29: 199-212,.

162 - Heimberg RG

Heimberg RG, Salzman D, Holt CS, Blendell K. (1993). Cognitive-behavioural group treatment for social phobia: effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive therapy and Research* 17: 325-39,.

163 - Heimberg RG

Heimberg RG. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry* 51: 101-8.

164 - Hellendoorn J.

Hellendoorn J., Groothoff, E., Mostert P., & Harinck, F., (1992). Beeldcommunicatie, een vorm van kinderpsychotherapie. Deventer: Bohn Stafleu Van Loghum.

165 - Hertzberg MA

Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME et al. (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry; 45: 1226-1229.

166 - Hiss H

Hiss H, Foa EB, Kozak MJ. (1994). Relaps prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. J Cons & Clin Psychol; 62: 801-808.

167 - Hodgson

Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. Behaviour Research and Therapy, 15, 389-395.

168 - Hoehn-Saric R

Hoehn-Saric R, McLeod DR, Hipsley PA. (1993). Effect of fluvoxamine in panic disorder. J Clin Psychopharmacol; 13: 321-326.

169 - Hoehn-Saric R

Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmerli WD. (1988). Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic versus psychic symptoms. J Clin Psychiatry; 49: 293-301.

170 - Hoeksma BH

Hoeksma BH, ICL Bastings, HBI de Lange, R de Meij. (1995). Tijdsbesteding in RIAGG s en psychiatrische poliklinieken. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs,41.

171 - Hofmann SG

Hofmann SG, Newman MG, Ehlers A, Roth WT. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. J Abnorm Psychol 104: 224-31.

172 - Hohagen

Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Räuchle, H., Hand, I., König, A., Münchau, N., Hiss, H., Geider-Kabisch, C., Käßler, C., Schramm, P., Rey, E., Aldenhoff J., & Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. Br J Psychiatry; 173 (suppl 35): 71-78.

173 - Holland RI

Holland RI, Fawcett J, Hoehn-Saric R. (1994). Long-term treatment of panic disorder with fluvoxamine in outpatients who had completed double-blind trials. Neuropsychopharmacol; 10 (suppl 3): 102.

174 - Hollister LF

Hollister LF. (1977). Valium: a discussion of current issues. Psychosomatics; 18: 45-58.

175 - Horowitz

Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosom Med, 41, 209-218.

176 - Houghton PJ

Houghton PJ. (1999). The scientific basis for the reputed activity of Valerian. J.Pharm Pharmacol May;51(5):505-12.

177 - Hovens

Hovens, J.E., Ploeg, H.M. van der, Bramsen, I., Klaarenbeek, M.T.A., Schreuder, J.N. & Rivero, V.V. (1994). The development of the self-rating inventory for posttraumatic stress disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 172-183.

178 - Hutschemakers G

Hutschemakers G, Camp van der K, van Hattum M. (2001). Psychotherapie in getallen. Utrecht: Trimbo-instituut,.

179 - Ironson

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

180 - Izzo AA

Izzo AA, Ernst E. (2001). Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: a systematic review. *Drugs*;61(15):2163-75.

181 - James I

James I, Savage I. (1984). Beneficial effect of nadolol on anxiety induced disturbances of performance in musicians: a comparison with diazepam and placebo. *Am Heart J*; 108: 1150-1155.

182 - Janzing

Janzing, C. & Kerstens, J. (1984). Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu. Stafleu, Alphen a/d Rijn.

183 - Jenike MA

Jenike MA, Baer L, Ballantine HT, e.o. (1991). Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: a long-term follow-up of 33 ptns. *Arch Gen Psychiatry*; 48: 548-553.

184 - Jeremalm

Jeremalm, A., Jansson, L. Öst, L-G (1986). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 24, 587-596.

185 - Johnson

Johnson, D.R. (1981).: Dramatherapy and the schizophrenic condition ; in: *Drama in Therapy*, edited by Schattner, G. and Courtney, R.; New York: Drama book specialists, 47-64.

186 - Jongh

Jongh, A. de, Muris, P., ter Horst, G., van Zuuren, F., Schoenmakers, N. & Makkes, P. (1995).: One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 947-954.

187 - Jonghe F & J

Jonghe F & J. Swinkels. *Antidepressiva* (2001). Een leidraad voor het rationeel omgaan met antidepressiva bij de behandeling van patiënten met een depressie. Amsterdam: Benecke NI, 2001.

188 - Kahans

Kahans, D. & Calford, M. B. (1982). The influence of music on psychiatric patients' immediate attitude change toward therapists. *Journal of Music Therapy*, 19, 3, 179-187

189 - Kasvikis

Kasvikis, Y., Marks, I. M. (1988). Clomipramine, self exposure, and therapist accompanied exposure in obsessive compulsive ritualizers: Two year follow up. *Journal of Anxiety Disorders*; 2: 291-298.

190 - Kellner

Kellner, R. (1987). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger.

191 - Klosko JS

Klosko JS, Barlow DH, Tassinari R, e.a. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychology*; 58: 77-84.

192 - Klungers

Klungers, J. (2002). Suicide. In: *Effectief verplegen*, deel 2, p.145-174 KAVANAH, Dwingeloo.

193 - Kobak KA

Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick, DJ, Henry J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharm.*; 136: 205-216.

194 - Kolk BA van de

Kolk BA van de, Dreyfuss D, Michaels M, et al. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*; 55: 517-522.

195 - Kolk

Kolk, B.A. van der, McFarlane, A.C., Weisaeth, J.P. (Eds.) (1996). Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford.

196 - Koran LM

Koran LM, McElroy SL, Davidson JRT, Rasmussen SA, Hollander E, Jenike MA. (1996). Fluvoxamine versus clomipramine for obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison. J Clin Psychopharmacol; 16: 121-129.

197 - Kosten TR

Kosten TR, Frank JB, Dan E, et al. (1991). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. J Nerv Ment Dis; 179: 366-370.

198 - Kraaimaat

Kraaimaat, F. (1994). De 'Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden' (IDB) Gedragstherapie, 27, 149-153.

199 - Kraaimaat

Kraaimaat, F.W., & Dam-Baggen, C.M.J. van (1976). Ontwikkeling van een zelf-beoordelingslijst voor obsessieve-compulsief gedrag. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 31, 201-211.

200 - Kraaykamp

Kraaykamp, H.J.M., Emmelkamp, P.M.G., & Hout, M.A. van den. (1989). The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: Reliability and validity (Ongepubliceerd manuscript RUG - Klinische Psychologie).

201 - Kronig MH

Kronig MH, Apter J, Asnis G, Bystritsky A, Curtis G, Ferguson J, Landbloom R, Munjack D, Riesenber R, Robinson D, Roy-Byrne P, Phillipis K, Jeske Du Pont I. (1999). Placebo-controlled, multicenter study of sertraline treatment for obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol; 19: 172-176.

202 - Landy

Landy, R.J. (1997).: Drama Therapy and Distancing: Reflections on Theory and Clinical application ; in: The Arts in Psychotherapy, 23, 367-372.

203 - Lazarus

Lazarus, R.S., Folkman. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Comp.

204 - Lecrubier Y

Lecrubier Y, Bakker A, Judge R, (1997) Collaborative Paroxetine Investigators. A comparison of paroxetine, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. Acta Psychiatr Scand; 95: 145-152.

205 - Lecrubier Y

Lecrubier Y, Judge R, (1997). The Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. Acta Psychiatr Scand; 95:153-160.

206 - Lehrer

Lehrer, P.M. & Woolfolk, R.L. (1982). Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive and behavioral modalities. Behavioral Assessment, 4, 167-177.

207 - Lelliott

Lelliott, P. T., Marks, I. M., Monteiro, W. O., Tsakiris, F., & Noshirvani, H. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure; outcome and predictors. Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 599-605.

208 - Lepola U

Lepola U, Wade AG, Leinonen EV, Koponen HJ, Frazer J, Sjodin I, Penttinen JT, Pedersen T, Lehto HJ. (1998). A controlled, prospective, 1-year trial of citalopram in the treatment of panic disorder. J Clin Psychiatry.; 59: 528-534.

209 - Liebowitz MR

Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. 42: 729-736.

210 - Liebowitz MR

Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Hollander E, Hattener J, Fyer A, Gorman J, Papp L, Daries S, Gully R, Klein DF. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia. Arch Gen Psychiatry; 49: 290-300.

211 - Liebowitz MR

Liebowitz MR. (1987). Social phobia. Mod Probl Pharmacopsychiatry 22: 141-73.

212 - Linden

Linden, GJH Van der, Stein DJ, van Balkom AJLM (2000). The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): A meta-analysis of randomized controlled trials. Int Clin Psychopharmacol; 15: suppl-SUS23.

213 - Lydiard RB

Lydiard RB, Lesser LM, Ballenger JC, Rubin RT, Lararia M, Dupont R. (1992). A fixed-dose study of alprazolam 2 mg, alprazolam 6 mg, and placebo in panic disorder. J Clin Psychopharmacol; 12: 96-103.

214 - Malchiodi

Malchiodi, C., (1990). Breaking the silence. New York: Brunner/Mazel.

215 - Malik ML

Malik ML, Connor KM, Sutherland SM. (1999). Quality of life and posttraumatic stress disorder: a pilot study assessing changes in SF-36 scores before and after treatment in a placebo-controlled trial of fluoxetine. J Trauma Stress; 12: 387-393.

216 - Malsch U

Malsch U, Kieser M. (2001). Efficacy of kava-kava in the treatment of non-psychotic anxiety, following pretreatment with benzodiazepines. Psychopharmacology (Berl). Sep;157(3):277-83.

217 - Marks IM

Marks IM. (1997). Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. Can J Psychiat; 42: 1021-1027

218 - Marks

Marks, I. M., Gray, S., Cohen, D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E. & Stern, R. (1983). Imipramine and brief therapist aided exposure in agoraphobics having self exposure homework. Archives of General Psychiatry, 40, 153-162.

219 - Marks

Marks, I. M., Lelliott, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D. & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self exposure and therapist aided exposure for obsessive compulsive rituals Br J Psychiatry 152: 522-534.

220 - Marks

Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive compulsive rituals: I. Br J Psychiatry; 136: 1-5.

221 - Marks

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorders by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. Archives of General Psychiatry, 55, 317-325.

222 - Marks

Marks, I.M. (1987): Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders. New York, Oxford University Press

223 - Marks

Marks, I.M., & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. Behaviour Research and Therapy, 17, 59-68.

224 - Marmar CR

Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss DS et al. (1996). Open trial of fluvoxamine treatment for combat-related

posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry (suppl 8):66-70.

225 - Marshall RD

Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zanenelli R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine in chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. Am J Psychiatry; 158: 1982-1988.

226 - Marshall RD

Marshall RD, Schneier FR, Fallon BA, et al. (1998). An open trial of paroxetine in patients with noncombat-related, chronic posttraumatic stress disorder. J Clin Psychopharmacol; 18:10-18 1996.

227 - Mathews

Mathews, A.M., Teasdale, J.D., Munby, M., Johnston, D.W., & Shaw, P.M. (1977): A home-based treatment program for agoraphobia. Behavior Therapy, 8, 915-924.

228 - Mattick RP

Mattick RP, Peters L. (1988). Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. J Consult Clin Psychol 56: 251-60.

229 - Mattick

Mattick, R.P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, G., & Christenson, H. (1990): Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 567-576.

230 - Mavissakalian M & Perel. JM.

Mavissakalian M & Perel, JM. (1992). Clinical experiments in maintenance and discontinuation of imipramine therapy in panic disorder with agoraphobia. Arch Gen Psychiatry; 49: 318-323.

231 - Mavissakalian MR

Mavissakalian MR, Perel JM. (1995). Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia: Dose ranging and plasma level-reponse relationships. Am J Psychiatry; 152: 673-682.

232 - Mavissakalian

Mavissakalian, M. & Michelson, L. (1986a). Agoraphobia: Relative and combined effectiveness of therapist assisted in vivo exposure and imipramine. Journal of Clinical Psychiatry, 47, 117-122.

233 - Mavissakalian

Mavissakalian, M. & Michelson, L. (1986b). Two year follow up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. American Journal of Psychiatry, 143, 1106-1112.

234 - Mavissakalian

Mavissakalian, M., Michelson, L. & Dealy, R. S. (1983). Pharmacological treatment of agoraphobia: Imipramine versus imipramine with programmed practice. British Journal of Psychiatry, 143, 348-355.

235 - Mc Dougle CJ

Mc Dougle CJ, Epperson CN, Pelton GH, Wasyluk S, Prica LH (2000). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry; 57: 794-801.

236 - Mc Dougle CJ

Mc Dougle CJ, Price LH, Goodman WK Charney DS, Heninger FR (1991). A controlled trial of lithium augmentation in fluvoxamine-refractory obsessive compulsive disorder: lack of efficacy. J Clin Psychopharmacol: 11: 175-181.

237 - McCloskey

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (1997), Verpleegkundige interventies, Second edn, De Tijdstroom, Utrecht.

238 - McDougle CJ

McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Holzer JC, Barr LC, McCance-Katz E, Heninger GR, Price LH (1993). Limited therapeutic effect of addition of buspirone in fluvoxamine-refractory obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry; 150: 647-649.

239 - McDougle CJ

McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH (1994). Haloperidol addition to fluvoxamine-refractory obsessive compulsive disorder. A double-blind placebo controlled study in patients with and without tics. Arch Gen Psychiatry; 51: 302-308.

240 - McFarland

McFarland, G. K. & McFarlane, E. A. (1997). Nursing Diagnosis & Intervention, Planning for Patient Care. Mosby, St. Louis.

241 - McFarland

McFarland, G. K. & Thomas, M. D. (1991). Psychiatric mental health nursing; Application of the nursing process. Lippincott company, Philadelphia.

242 - McFarland

McFarland, G. K., Wasli, E. L., & Gerety, E. K. (1992). Nursing Diagnoses & Process in Psychiatric Mental Health Nursing, Second edition edn, Lippincott comp., Philadelphia.

243 - McFarland

McFarland, G. K., Wasli, E. L., & Gerety, E. K. (1997). Nursing Diagnoses & Process in Psychiatric Mental Health Nursing, third ed. Lippincott, Philadelphia, New York.

244 - McLean PD

McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Soechting I, Koch WJ, Paterson R, Anderson KW. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. J Cons & Clin Psychol; 69: 205-214.

245 - McNally

McNally, R.J. (1997). Atypical phobias. In : G.C.L. Davey (ed.): Phobias. A handbook of theory, research and treatment. Chichester, New York.

246 - Meehan

Meehan, Bulechek G.M., J.C. McCloskey (1992). Nursing interventions, essential nursing treatments second edition, WB Saunders company, Philadelphia,.

247 - Mersch PP

Mersch PP, Emmelkamp PM, Lips C. (1991). Social phobia: individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up study. Behav Res Ther 29: 357-62.

248 - Mersch PP

Mersch PP. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. Behav Res Ther 33: 259-69.

249 - Michelson D

Michelson D, Lydiard B, Pollack MH, Tamura RN, Hoog SI, Tepner RMAD, Tollefson GD. (1998). Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: Evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. Am J Psychiatry; 155: 1570-1577.

250 - Mindus P

Mindus P, Rasmussen SA, Lindquist C (1994). Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. J of Neuropsychiatry; 6: 467-477.

251 - Modigh K

Modigh K, Westberg P, Eriksson E. (1992). Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder. J Clin Psychopharmacol; 12: 251-261.

252 - Montgomery SA

Montgomery SA, Kasper S, Stein DJ, Bang Hedegaard K, Lemming OM. (2001). Citalopram 20 mg, 40 mg, and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. Int Clin Psychopharmacol; 16: 75-86.

253 - Mulken S

Mulken S, Bogels SM, de Jong PJ, Louwers J. (2001). Fear of blushing: effects of task concentration training

versus exposure in vivo on fear and physiology. J Anxiety Disord 15: 413-32,.

254 - Mundo E

Mundo E, Bareggi SR, Pirola R, Bellodi L, Smeraldi E. (1997). Long-term pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: A double-blind controlled study. J Clin psychopharmacol; 17: 4-10.

255 - Nielzen

Nielzen, S. & Cesarec, Z. (1982). The effect of mental illness on the emotional experience of music. Archives Psychiatric Nervenkr, 231, 6, 527-538

256 - nondepressed outpatiënts with generalized anxiety disorder

nondepressed outpatiënts with generalized anxiety disorder (2000). Am J Psychiatry; 157: 968-974.

257 - Noppen BL van

Noppen BL van, Pato MT, Marsland R, Rasmussen SA. (1998). A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. J Psychother Pract & Res; 7: 272-280.

258 - North American Nursing Diagnosis Association

North American Nursing Diagnosis Association (1999). NANDA verpleegkundige diagnoses; definities en classificatie 1999-2000. Bohn Stafleu Van Loghum.

259 - O Mathuna

O Mathuna, D.P. (2000). Evidence-based practice and reviews of Therapeutic touch, Journal of nursing scholarship, p 279-285.

260 - O Sullivan G

O Sullivan G, Marks IM. (1990). Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after exposure: a review. In: Noyes R, Roth M, Burrows G, editors. Handbook of anxiety. Volume 4. Amsterdam: Elsevier; 87-108.

261 - Oei

Oei, T.P.S., Llamas, M., & Devilly, G.J. (1999): The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 27, 63-88

262 - Olajide D

Olajide D, Lader M. (1987). A comparison of buspirone, diazepam and placebo in patiënts with chronic anxiety states. J Clin Psychopharmacol; 7: 148-152.

263 - Oostenbrink JB

Oostenbrink JB, MA Koopmanschap, FFH Rutten. (2000). Handleiding voor kostenonderzoek. Amstelveen: College voor Zorgverzekering, 178.

264 - Oosterbaan DB

Oosterbaan DB, van Balkom AJLM, Spinhoven Ph, van Oppen P, van Dyck R. (2001). Cognitive therapy versus moclobemide in social phobia: A controlled study. Clinical Psychology and Psychotherapy. 8: 263-273.

265 - Oppen P van

Oppen P van, Haan E de, Balkom AJLM van, Spinhoven P, Hoogduin K, Dyck R van. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of OCD. Behav Res & Ther; 33: 379-390.

266 - Oppen

Oppen, P. van, Hoekstra, R., & Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive compulsive symptoms. Behaviour Research and Therapy, 33, 15-23.

267 - Öst

Öst, L.-G. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 38, 777-790.

268 - Öst

Öst, L.-G. (1986) Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Behav Res Ther, 25, 397-409.

269 - Ost

Ost, L-G. (1987): Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Behaviour Research & Therapy, 25, 397-409.

270 - Öst

Öst, L-G. (1996) One-session group treatment of spider phobia. Behaviour Research & Therapy, 34, 707-715.

271 - Öst

Öst, L-G. (1997) Rapid treatment of specific phobias. In: G.C.L. Davey (ed.): Phobias. A handbook of theory, research and treatment. Chichester, New York.

272 - Öst

Öst, L-G., Brandberg, M., & Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. Behaviour Research & Therapy, 35, 987-996

273 - O'Sullivan

O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W. & Lelliott, P. (1991). Six year follow up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry; 52: 150ñ55.

274 - Otto

Otto, M.W., Pollack, M.H., Sachs, G., Reiter, S., Meltzer-Brody, S., & Rosenbaum, J. (1993): Discontinuation of benzodiazepine treatment: Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 1485-1490.

275 - Paterson

Paterson, (1987). Offers expert diagnosis and treatment of anxiety disorders by ... Clinical Academic Building-Suite 2200 125 Paterson Street New ... Sacker School of Medicine.

276 - Payne

Payne, H. (1992). Dance movement therapy: Theory and practice. London: Routledge.

277 - Pecknold JC

Pecknold JC, Matas M, Howarth DG. (1989). Evaluation of buspirone as an anti-anxiety agent: buspirone and diazepam versus placebo. Can J Psychiatry; 34: 766-771.

278 - Peters

Peters, R. M. (1999), The effectiveness of therapeutic touch: a meta-analytic review, vol. 12, pp. 52-61.

279 - Petruzello SJ

Petruzello SJ, Landers DM, Hatfield BD, Kubitz KA, Salazar W. (1991). A metaanalysis on the anxiety-reduction effects of acute and chronic exercise outcomes and mechanisms, Vol 11 (3): 143-182 MAR.

280 - Piccinelli M

Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. (1995). Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. Brit J Psychiatry; 166: 424-443.

281 - Pigott TA

Pigott TA, L'Heureux F, Hill JL, Bihari K, Bernstein SE, Murphy DL (1992). A double-blind study of adjuvant buspirone hydrochloride in clomipramine-treated patients with obsessive compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol; 12: 11-18.

282 - Pigott TA

Pigott TA, Pato MT, Bernstein SE, Grover GN, Hill JL, Tolliver TJ, Murphy DL. (1990). Controlled comparisons of clomipramine and fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry; 47: 926-932.

283 - Pigott TA

Pigott TA, Pato MT, L'Heureux F (1991). A controlled comparison of adjuvant lithium carbonate or thyroid hormone in clomipramine-treated patients with obsessive compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol; 11: 242-248.

284 - Pilowsky

Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 39-43.

285 - Pittler

Pittler, MH., Ernst, E. (2002). Kava extract for treating anxiety (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software.

286 - Ploeg

Ploeg, H.M., van der, Defares, P.B. & Soielberger, C.D. (1980). Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst, ZBV: Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY. Lisse: Swets en Zeitlinger.

287 - Pollack MH

Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Gus Manfro G, Wolkow R. Sertraline in the treatment of panic disorder. A flexible-dose trial. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1010-1016.

288 - Pollack MH

Pollack MH, Tesar GE, Rosenbaum JF, Spier SC. Clonazepam in the treatment of panic disorder and agoraphobia: a one-year follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 1986; 6: 302-304.

289 - Pollack MH

Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A, McCafferty JP, Bellew KM, Burnham DB, lyngar MK. (2001). Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry*; 62: 350-357

290 - Pop VJM

Pop VJM, Heck van GL. (1999). Vroegdetectie van depressie op de werkplek: een onderzoek bij 4200 werknemers. i.o.v. Depressie Stichting, Utrecht.

291 - Posthuma D.

Posthuma D., (2001). Ik tel ook mee als ik plezier heb; beeldende therapie met een groep vrouwen met traumatische seksuele ervaringen. In in beeld Celine Schweizer (redactie). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

292 - Rachman

Rachman, S., Craske, M., Tallman, K., & Solyom, C. (1986): Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.

293 - Rakel RE

Rakel RE. (1990). Longterm buspirone therapy for chronic anxiety: a multi-centre international study to determine safety. *Southern Medical Journal*; 83: 194-198.

294 - Rapee RM

Rapee RM, Heimberg RG. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 35: 741-56.

295 - Rapee RM

Rapee RM, Lim L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *J Abnorm Psychol* 101: 728-31.

296 - Rasmussen S

Rasmussen S, Hackett E, DuBoff E, Greist JH, Halaris A, Koran L, Liebowitz MR, Lydiard B, McElroy S, Mendels J, O Connor K. (1997). A 2-year study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin psychopharmacol*; 12: 309-316.

297 - Ravizza L

Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. (1996). Drug treatment of Obsessive-compulsive disorder: Long-term trial with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychopharmacol Bull*; 32: 167-173.

298 - Rickels K

Rickels K, Csanalosi I, Greisman P, et al. (1983). A controlled clinical trial of alprazolam for the treatment of anxiety. *American J Psychiatry*; 140: 82-85.

299 - Rickels K

Rickels K, Downing R, Schweizer E, et al. (1993). Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone and diazepam. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 884-895.

300 - Rickels K

Rickels K, Pollack MH, Sheehan DV, Haskins JT. (2000). Efficacy of extended-release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*; 157: 968-974.

301 - Rickels K

Rickels K, Schweizer E, DeMartinis N, et al. (1997). Gepitone and diazepam in generalized anxiety disorder: a placebo controlled trial. *J Clin Psychopharmacology*; 17: 272-277.

302 - Ritter

Ritter, (1996). Graff Low, Effects of Dance/movement therapy: a meta-analysis, *The arts in Psychotherapy*, Vol. 23, no 3, 249-260.

303 - Rocca P

Rocca P, Fonzo V, Scotta M, Zanalda E, Ravizza L. (1997). Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 95: 444-450.

304 - Romano S

Romano S, Goodman W, Tamura R, Gonzales J, Coll Res Group. (2001). Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after acute response: A comparison of fluoxetine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol*; 21: 46-52.

305 - Roodbol

Roodbol, G.J.M., Rutgers, A.G. Coping, in *Effectief verplegen deel 2*, p 57-86 KAVANAH, Dwingeloo.

306 - Rothbaum

Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P., Foy, D.W. (2000). *Cognitive-Behavioral Therapy*. In: E.B.

307 - Ruggiero L

Ruggiero L, Pitts CD, Dillingham K, Zaninelli R. A flexible dose study of paroxetine in the treatment of PTSD. Poster nr 602 APA 2001.

308 - Ruiz AT

Ruiz AT. (1983). A doubleblind study of alprazolam and lorazepam in the treatment of anxiety. *J Clin Psychiatry*; 44: 60-62.

309 - Rutten- van Mólken MPMH, Busschbach JJ van, Rutten FFH

Rutten- van Mólken MPMH, Busschbach JJ van, Rutten FFH. (2001). *Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

310 - Sanavio

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 167-177.

311 - Saperston

Saperston, and R.West, (Eds.).(1989). *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. Chur, Zwitserland: Harwood Academic Publishers.

312 - Schmidt

Schmidt, T. & Lousberg, R. (1992). *De MEGAH schaal*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

313 - Scholing A

Scholing A, Emmelkamp PM. (1993). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behav Res Ther* 31: 155-70.

314 - Scholing A

Scholing A, Emmelkamp PM. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. Behav Res Ther 31: 667-81.

315 - Scholing A

Scholing A, Emmelkamp PM. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling. Results at long-term follow-up. Behav Modif 20: 338-56.

316 - Scholing A

Scholing A, Emmelkamp PM. (1996). Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. Behav Res Ther 34: 447-52.

317 - Scholing

Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G. (1992). Self report of anxiety: A cross validation of the Lehrer Woolfolk Anxiety symptom Questionnaire in three populations. Behaviour Research and Therapy, 30, 521-531.

318 - Schweitzer E

Schweitzer E, Pohl R, Balon R. (1990). Lorazepam versus alprazolam in the treatment of panic disorder. Pharmacopsychiatry; 23: 90-93.

319 - Shalev

Shalev, A.Y., Bonne, O., Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. Psychosomatic Medicine, 58, 165-182.

320 - Sharp DM

Sharp DM, Power KG, Simpson RJ, Swanson V, Moodie E, Anstee JA, Ashford JJ (1994). Fluvoxamine, placebo, and cognitive-behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord, 10: 219-242.

321 - Sheehan DV

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry; 59 (suppl 20): 22 - 33. (B).

322 - Sherman

Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of Traumatic Stress, 11, 413-35.

323 - Smeijsters

Smeijsters, H., (2000). Handboek voor creatieve therapie. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

324 - Smitten

Smitten, M.H. ter, Smeenk, R.M.W. & Brink, W. van den (1997). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Basis versie 2.1. Interviewer handleiding. World Health Organization.

325 - Snyder

Snyder, M., & Chlan, L. (1999). Music therapy. Annual Review of Nursing Research, 17, 1, 3-19.

326 - Solomon

Solomon, S.D., Davidson, J.R.T. (1997). Trauma: Prevalence, Impairment, Service use, and Cost. Journal of Clinical Psychiatry, 58, 5-11.

327 - Solomon

Solomon, S.D., Gerrity, E.T., Muff, A.M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 49, 3-17.

328 - Sorby

Sorby, N.G.D., W. Reavley, J.W. Huber. (1991). Self help programma for anxiety in general practice: a controlled trial of an anxiety management booklet. British Journal of General Practice, Oct; 41(351): 417-20.

329 - Speckens

Speckens, A., Spinhoven P., Sloekers, P.P.A., Bolk, J., & Van Hemert, A.M. (1996). A validation study of the Whiteley Index, the Illness Attitude Scales and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.

330 - Speckens

Speckens, A.E.M., Hemert, A.M. van, Spinhoven, Ph., Hawton, K.E., Bolk, J.H. & Rooijmans, G.M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332.

331 - Stanton

Stanton, L. & Jones, K. (1992). *An introduction to dance movement therapy*. London: Routledge.

332 - Starcevic

Starcevic, V. & Lipsitt, D.R. (eds.) (2001) *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Oxford: Oxford University Press, Inc.

333 - Stein DJ

Stein DJ, Berk M, Els C, Emsley RA, Gittelson L, Wilson D et al. (1999). A double-blind placebo-controlled trial of paroxetine in the management of social phobia (social anxiety disorder) in South Africa. *S Afr Med J*; 89(4):402-406.

334 - Stein DJ

Stein DJ, Hewett K, Oldham M, Bryson H. (2000). Paroxetine in the treatment of PTSD. Poster WCBP 2001. Stein DJ, Seedat S, van der Linden GJ, Zungu-Dirway; N. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*; 15 suppl 2: S1-39.

335 - Stein DJ

Stein DJ, Seedat S, van der Linden GJ, Zungu-Dirway; N. (2000). Selective serotonin re uptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*; 15 suppl 2: S1-39.

336 - Stein MB

Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B. (1999). Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*; 156(5):756-760.

337 - Steketee G

Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiat Res*; 89: 229-238.

338 - Stocchi F

Stocchi F, Nordera G, Jokinen R, Lepola U, Bryson H, Hewett K, Iyengar M. (2001). Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder (GAD). Abstract nr 633 APA.

339 - Strand M

Strand M, Hetta J, Rosen A, Sorensen S, Malmstrom R, Fabian C, Marits K, Vetterskog K, Liljestrand AG, Hegen C. (1990). A double-blind, controlled trial in primary care patients with generalized anxiety: a comparison between buspirone and oxazepam. *J Clin Psychiatry*; 51 suppl: 40-45.

340 - Sutherland SM

Sutherland SM, Tupler LA, Colkaet JT. (1996/1984) 2-Year follow-up of social phobia: status after a brief medication trial. *J Neur-ment Dis*: 731-738.

341 - Taylor S

Taylor S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 27: 1-9,.

342 - Telch

Telch, M. J., Agras, W. S., Barr Taylor, C., Roth, W. T. & Gallen, C. C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 325-335.

343 - Terluin

Terluin, B. (1998). De vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostiek gereedschap. De Psycholoog, 33, 18-24.

344 - Tesar GE

Tesar GE, Rosenbaum JF Pollack MH. (1991). Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. J Clin Psychiatry; 52: 69-76.

345 - Thorpe

Thorpe, S.J., & Salkovskis, P.M. (1997). Animal phobias. In: G.C.L. Davey (ed.) Phobias. A handbook of theory, research and treatment. Chichester, New York.

346 - Tiemens

Tiemens, B.G., Ormel, J., Brink, R.H.S. van den, Jenner, J.A., Meer, K. van der, Os, T.W.D.P. van, & Smit, A. (1995). Signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartsenpraktijk. De ontwikkeling van een screeningsinstrument. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 73, 520-527.

347 - Tollefson GD

Tollefson GD, Birkett M, Koran L, Genduso L. (1994) Continuation treatment of OCD: Double-blind and open-label experience with fluoxetine. J Clin Psychiatry; 55 (suppl 10): 69-76.

348 - Tollefson GD

Tollefson GD, Rampey AH, Potvin JH, Jenike MA, Rush AJ, Dominguez RA, Koran LM, Shear KS, Goodman W, Genduso LA. (1994). A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry; 51: 559-567.

349 - Townsend

Townsend, M. C. (1998). Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie, Een handleiding voor het maken van een verpleegplan, tweede ed. Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht.

350 - Turner SM

Turner SM, Beidel DC, Cooley-Quille MR. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with social effectiveness therapy. Behav Res Ther 33: 553-5.

351 - Turner SM

Turner SM, Beidel DC, Jacob RG. (1994). Social phobia: a comparison of behavioural therapy and atenolol. J Consulting & Clin Psychology; 62: 350-358.

352 - Tyrer

Tyrer, P., B. Seivewright, B. Ferguson, S. Murphy, A.L. Johnson. (1993). The Nottingham Study of Neurotic Disorder: effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self-help over two years. British Journal of Psychiatry, 162, 219-226.

353 - Tyrer

Tyrer, P., B. Seivewright, B. Ferguson, S. Murphy, C. Darling, J. Brothwell, D. Kingdon, A.L. Johnson. (1990). The Nottingham Study of Neurotic Disorder: relationship between personality status and symptoms. Psychological Medicine, 20, 423-431.

354 - Uhlenhuth EH

Uhlenhuth EH, De Witt H, Balter MB et al. (1988). Risks and benefits of longterm benzodiazepine use. J Clin Psychopharmacology; 8: 161-167.

355 - Uhlenhuth EH

Uhlenhuth EH, Matuzas W, Glasas RM, Eaton C. (1989). Response of panic disorder to fixed doses of alprazolam or imipramine. J Affect Dis; 17: 261-270.

356 - Versiani M

Versiani M, Nardi AE, Figueirai. (1997). Dubbelblind placebo-controlled trial with bromazepam in social phobia. Serie Psichopharmacologia-59, Journal Bras Psiquiatr; 46: 167-171.

357 - Versiani M

Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, Alvees AB, Liebowitz MR, Amrein R. (1992). Pharmacotherapy of social

phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. Br J Psychiatry; 161: 353-360.

358 - Visser S

Visser S, Hoekstra RJ, Emmelkamp PMG. (1992). Follow-up study on behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders. In: Ehlers A, Fleggenbaum W, Florin I, Margraf J, editors. Perspectives and promises of clinical psychology. New York: Plenum; 157-170.

359 - Visser

Visser, S. & Bouman, T.K. (2001) The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention versus cognitive therapy. Behaviour Research and Therapy, 4, 437-457.

360 - Visser

Visser, S. & Reinders, M. (1999) Cognitieve therapie bij hypochondrie en andere somatoforme stoornissen. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (red.) Cognitieve therapie: theorie en praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum (p. 219-246).

361 - Visser

Visser, S. (2001) Hypochondrie. In: Spinhoven, Bouman & Hoogduin (red.) Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

362 - Vliet IM van

Vliet IM van, Den Boer JA, Westenberg HG. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia: a double-blind placebo-controlled study with fluvoxamine. Psychopharmacology (Berl); 115(1-2):128-134.

363 - Voert

Voert, N. ter, (2001). Creatief werk binnen de methode beeldcommunicatie. Leiden: doctoraalscriptie Universiteit Leiden.

364 - Vossen

Vossen, M. L. (1998), Standaardverpleegplannen voor de GGZ.

365 - Wade AG

Wade AG, Lepola U, Koponen HJ, Pedersen V, Pedersen T. (1997). The effect of citalopram in panic disorder. Br J Psychiatry; 170:549-553.

366 - Walker JR

Walker JR, Kjernisted KD. (2000). Fear: The impact and treatment of social phobia. J Psychopharmacol; 14:2-S23.

367 - Walker JR

Walker JR, Van Ameringen MA, Swinson R, Bowen RC, Chokka BR, Goldner E, Johnston DC, Lavallie YJ, Nandy S, Pecknold JC, Hadrava V, Laen RM. (2000). Prevention of relapse in generalized social phobia: results of 24-week study in responders to 20 weeks sertraline treatment. J Clin Psychopharmacology, vol 20: 636-644.

368 - Warwick

Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 28, 105-117.

369 - Warwick

Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M. & Salkovskis, P.M. (1996). A Controlled Trial of Cognitive Behavioural Treatment of Hypochondriasis. British Journal of Psychiatry, 169, 189-195.

370 - Wells A

Wells A, Papageorgiou C. (2001). Social phobic interoception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. Behav Res Ther 39: 1-11,.

371 - Wells

Wells, A (1995). Meta-cognition and Worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 301-320.

372 - Wells

Wells, A. (1997) Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Chichester: John Wiley & Sons.

373 - Wertheim-Cahen

Wertheim-Cahen, T., (1991). Getekend bestaan: beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen. Utrecht: ICODO.

374 - Westenberg HGM

Westenberg HGM. (1999). Selective serotonin reuptake inhibitors in social anxiety disorder. In: Focus on psychiatry: social anxiety disorder. Ed. HGM Westenberg & JA den Boer. Synthesis, Amsterdam: 182-187.

375 - Wheatley D

Wheatley D. (2001). Kava and valerian in the treatment of stress-induced insomnia. *Phytother Res* Sep;15(6):549-51.

376 - White

White, J. (1998). Stresspac : Three-year follow-up of a controlled trial of a self-help package for the anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 133-141.

377 - White

White, J. (1995). Stresspac: a controlled trial of a self-help package for the anxiety disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23, 89-107.

378 - Wiborg

Wiborg, I.M., & Dahl, A.A. (1996): Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53, 689-694.

379 - Willems

Willems, L.F.M., Tuender-de Haan, H.A., & Defares, P.B. (1973). Een schaal om sociale angst te meten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 28, 415-422.

380 - Williams

Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID): Part II: multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

381 - Winstead-Fry

Winstead-Fry, P., Kijek. (1999). An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research, *Alternative therapies*, Vol 5, no 6, November.

382 - Wolpe

Wolpe, J. & Lang, P.J. (1964). Fear Survey Schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.

383 - Yule

Yule, W. (Ed.) (1999). *Posttraumatic stress disorders: Concepts and Therapy*. New York: Wiley.

384 - Zohar J

Zohar J, Judge R, OCD paroxetine study group. (1996). Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Brit J Psychiatry*; 169: 468-474.

Bijlagen

1. Organisatiestructuur

Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen is op initiatief en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en de daaronder ressorterende Commissie Cliëntenparticipatie tot stand gebracht door de werkgroep Angststoornissen waarin de deelnemende verenigingen en organisaties hebben samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werden verzorgd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Voorzitter

R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Prof.dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos, Arnhem

Secretaris

Mw. dr. A. Eland (tot januari 2002) en
dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

Ir. T.A. van Barneveld - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Mw. H. Blankman - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
Mw. dr. J.H. Dekker - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Dr. P.A. de Groot † - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Prof.dr. R.W. Trijsburg - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

Prof. Dr. W.J.J. Assendelft - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Dr. dr. G.A. van Essen - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn
Drs. J. Penninga - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Adviseur

Prof. dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren, Amsterdam/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

Mw. drs. C. van der Veen - Trimbos-instituut

Leden

Mw H. Boumans - Ypsilon
Mw. E. Dagerman - Stichting Borderline
Mw. T. de Vent - Stichting Labyrint/ In Perspectief
Mw. drs. A.M. Dijkman - Vereniging voor Manisch Depressieve en Betrokkenen (VMDB)

T. Festen

Mw. H. van 't Kooten - Vereniging voor Manisch Depressieve en Betrokkenen (VMDB)

B.H. Kraaijenbrink - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Mw. I. Lüneburg - Landelijke Vereniging Balans
Mw. M. Mannak-Bouman - Stichting Labyrint/In Perspectief
Mw. I. Poort - Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)
Mw. drs. M.K. Taams - Stichting FobieVrienden
Mw. M. Van der Linden - Angst, Dwang en Fobiestichting
Mw. L. van 't Veen - Cliëntenbond in de GGZ
M. Vermeulen - Anoiksis
T. Vriens - Stichting Pandora

Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders - GGZ Den Bosch

Werkgroep Angststoornissen

Voorzitter

Prof. dr. Ph. Spinhoven - hoogleraar Universiteit Leiden

Leden

Prof. dr. A.J.L.M. van Balkom - psychiater, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

Mw. M. Boon - creatief therapeut, Sinai Centrum, Amersfoort

Mw. drs. C.A.M. Bouwmans - gezondheidswetenschapper, iMTA, Rotterdam

F.E. ten Broeke - psycholoog

Prof. dr. R. van Dyck - hoogleraar psychiatrie, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

Prof. dr. P.M.G. Emmelkamp - psycholoog

Mw. dr. M.H. Grol - huisarts

Mw. dr. L. Hakkaart-van Roijen - gezondheidseconoom, iMTA, Rotterdam

Mw. drs. H. de Kam - verpleegkundig stafmedewerker, Symforagroep Zon en Schild, Amersfoort

Dr. C.W. Korrelboom - psychotherapeut, Parnassia Psycho-medisch Centrum, Den Haag

Drs. J.C.G.J. Oomen - psychotherapeut, Vincent van Gogh Instituut, Venray

G.J.M. Roodbol MScN - verpleegkundig specialist, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen

Mw. drs. E.M.A.A. Rozenbroek - apotheker, Apotheek Koek, Amsterdam

Mw. drs. M. Scholte - onderzoeker, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Utrecht

Mw. drs. M.K. Taams - cliëntvertegenwoordiger, Stichting Fobie Vrienden, Hillegom

Dr. B. Terluin, huisarts - senior onderzoeker, Emgo-instituut, Amsterdam

Mw. S.C.D. Timmer - maatschappelijk werk

Mw. M. Ulrich - cliëntvertegenwoordiger

Drs. D.W.F. Veldhorst - bedrijfsarts, 'Arboreijn' Arbo en reïntegratiebedrijf, Ede

Dr. S. Visser - klinisch psycholoog/psychotherapeut, Angstpolikliniek GGZ Buitenamstel, Amsterdam

Mw. dr. I.M. van Vliet - psychiater, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Met dank aan:

Mw. drs. M. Scholte, NIZW, leverde de werkgroep belangrijke bijdragen voor het hoofdstuk "Ondersteunende interventies".

Adviseurs

Mw. drs. M.M. Kroeze - adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht, adviseur (tot mei 2002)

Mw. drs. A. Hagemeijer - adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht, adviseur (vanaf mei 2002)

Mw. dr. M.J.C. van Hattum - wetenschappelijk medewerker, Trimbos instituut, Utrecht secretaris (tot september 2002)

Methodologische ondersteuning en begeleiding

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Sinds zijn oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een toonaangevend en ook internationaal erkend instituut dat via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding biedt bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

De missie van het Trimbos-instituut is kennis over geestelijke gezondheid creëren en doen toepassen in beleid en praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

2. Bijlage 2 Kosteneffectiviteit

Het navolgende overzicht betreft de resultaten van de kosteneffectiviteitanalyse van alternatieve interventies bij de paniekstoornis in de ambulante GGZ. Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan bod komen: economische evaluaties in het algemeen, de gehanteerde methode bij dit kosteneffectiviteitsonderzoek, de resultaten en voorlopige conclusies op basis van van kostprijsberekeningen. We zullen dit overzicht besluiten in de vorm van een discussie naar aanleiding van de bevindingen uit dit onderzoek.

Economische evaluaties algemeen

Bij kosteneffectiviteitsonderzoek worden de kosten van twee of meer alternatieven in geld uitgedrukt tegen de opbrengsten, die in natuurlijke eenheden (bijvoorbeeld gewonnen levensjaren, aantal patiënten dat genezen is) worden uitgedrukt. De kosteneffectiviteits-ratio geeft de extra effecten van een interventie weer tegen de extra kosten in vergelijking met het (gangbare) alternatief. In het algemeen worden richtlijnen als volgt onderbouwd met kosteneffectiviteitsgegevens:

- bij gelijke effectiviteit wordt voorkeur gegeven aan het goedkoopste alternatief
- voorkeur wordt gegeven aan een interventie met grotere effecten en relatief lagere kosten (i.t.t. interventies met kleinere effecten en hogere kosten)
- aanbevelingen voor interventies die zowel duurder als effectiever zijn dan het alternatief kunnen (theoretisch) afhankelijk zijn van acceptatie van de hoogte van de kosteneffectiviteitsratio (door besluitvormers).

Volgens de huidige richtlijn wordt hierbij een bedrag gehanteerd van maximaal € 18.151,20 per gewonnen levensjaar.

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat kosteneffectiviteit met name een rol gaat spelen wanneer er sprake is van indifferente interventies of interventies die weinig verschillen qua effectiviteit terwijl wel verschillen in kosten worden verwacht.

De basis voor elke economische evaluatie bestaat uit het identificeren, meten, waarderen en vergelijken van kosten en opbrengsten. Essentiële vereisten zijn dat zowel kosten als opbrengsten worden onderzocht en dat twee of meer alternatieve opties met elkaar worden vergeleken.

Bij voorkeur wordt uitgegaan van een maatschappelijk perspectief. Dit betekent dat alle kosten ongeacht waar deze worden gemaakt worden meegenomen in de analyse. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan kosten als gevolg van productieverliezen bij werkverzuim als gevolg van gezondheidsproblemen.

Er wordt bij deze evaluaties uitgegaan van 'werkelijke' kosten. Dat wil zeggen: alle middelen die voor een interventie worden ingezet en vervolgens niet ingezet kunnen worden voor andere doeleinden ofwel alle 'verbruikte middelen'. Tarieven kunnen afwijken van werkelijke kosten, omdat deze het resultaat zijn van overeenkomsten met zorgverzekeraars of door de overheid zijn opgelegd en niet perse een weergave zijn van de inzet van middelen. Werkelijke kosten en tarieven kunnen soms aanzienlijk uiteenlopen. In dit verslag zijn we gestart met een evaluatie die beperkt is tot de kosten binnen de gezondheidszorg omdat de verwachting was dat gedetailleerde gegevens over kosten buiten de gezondheidszorg schaars zijn. Bij de analyse is getracht om zoveel mogelijk aan te sluiten op de Nederlandse situatie.

Samenvatting

- Kosteneffectiviteit speelt met name een rol bij de besluitvorming betreffende alternatieve interventies met gelijke effecten of bij alternatieve interventies die qua effectiviteit weinig verschillen, terwijl wel verschillen in kosten kunnen worden verwacht.
- Bij kosteneffectiviteits-evaluaties wordt gebruik gemaakt van *werkelijke* kosten van zorg
- De evaluatie gaat bij voorkeur uit van het maatschappelijk perspectief

Methode

Deze paragraaf is ingedeeld overeenkomstig de stappen die ondernomen zijn bij het genereren van de kosteneffectiviteitsinformatie. Nadat de vraagstelling is geëxpliciteerd wordt nader ingegaan op de modelmatige aanpak. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de dataverzameling.

Vraagstelling

Op grond van de vraag naar de kosteneffectiviteit van de alternatieve behandelingen in de tweede lijn bij patiënten met paniekstoornissen is concreet uitgegaan van onderstaande onderzoeksvragen:

- 1) Wat is de kosteneffectiviteit van de behandeling van patiënten met paniekstoornissen met agorafobie met SSRI's in vergelijking met exposure in vivo of een combinatie therapie?
- 2) Wat is de kosteneffectiviteit van de behandeling van patiënten met paniekstoornissen zonder agorafobie met SSRI's in vergelijking met paniekmanagement (PM)?

Bovenstaande interventies lijken qua effectiviteit overeen te stemmen en/of weinig te verschillen. Door verschillen in kosten en effecten op korte, en zo mogelijk op lange termijn te onderzoeken kan mogelijk een uitspraak over een voorkeursbehandeling nader onderbouwd worden.

Modelmatige benadering

Modelleren bij kosteneffectiviteitonderzoek heeft tot doel om gegevens uit verschillende informatiebronnen (b.v. trials, literatuur, schattingen van experts) bij elkaar te brengen op grond waarvan de kosteneffectiviteitanalyses uitgevoerd kunnen worden.

Een model is in principe niet nodig indien gebruik kan worden gemaakt van een klinische studie waarin voldoende gegevens zijn opgenomen om een economische evaluatie uit te voeren. Voor dit kosteneffectiviteitonderzoek is een modelmatige benadering gekozen aangezien zo gegevens, die uit verschillende bronnen afkomstig zijn, gebruikt konden worden. Ondanks het feit dat modellen de werkelijkheid slechts op een vereenvoudigde manier weergeven, bieden zij zicht op de variabelen die een grote, respectievelijk geringe invloed hebben op de einduitkomst. Met behulp van gevoeligheidsanalyses kunnen de effecten van aannames die in het model zijn gebruikt en de onzekerheden worden beschreven.

Daarnaast is het wenselijk om de kosten en effecten van de behandeling(en) te bezien op korte én op lange termijn. Modelleringstechnieken zijn bruikbaar om de resultaten van onderzoek te extrapoleren naar een langere periode of naar een andere setting.(1) De analyses zijn echter afhankelijk van de beschikbaarheid aan gegevens. Tenslotte, de kosten en effecten worden opgenomen in een (beslis)model waardoor verschillende scenario's vergeleken kunnen worden.

Om te voorkomen dat het model als 'black box' fungeert is veel aandacht besteed aan de beschrijving van het model en de gegevens die noodzakelijk zijn om de kosteneffectiviteitsberekeningen uit te voeren.

Dataverzameling

De dataverzameling bestaat uit 2 componenten: de input van zorg (type zorg, volumina van zorg) en bijbehorende kosten en het effect van de te vergelijken behandelingen.

De input van zorg voor de alternatieve behandelingen bestaat uit onderstaande componenten:

Tabel 1: Input van zorg

Directe medische kosten:	Korte termijn/ lange termijn
1. Farmacotherapie	- Aantal tabletten per dag * aantal dagen * prijs SSRI - Aantal consulten * kostprijs consult
Complicaties	Voorgescreven medicatie bij neveneffecten: - Aantal tabletten per dag * aantal dagen * prijs medicatie
Nabehandeling/afbouwen medicatie	- Afbouwschema + duur afbouw - Aantal consulten gedurende afbouwperiode * kostprijs consult
2. CBT (individueel)*	- Aantal sessies individueel * kostprijs sessie - Aantal boostersessies * kostprijs
3. Combinatietherapie	- Aantal tabletten * aantal dagen * prijs medicatie (SSRI) - Evt medicatie bij neveneffecten - Afbouwschema medicatie - Aantal sessies * kostprijs - Aantal boostersessies * kostprijs

Bij de berekeningen is uitgegaan van volumina van zorg op basis van informatie afkomstig van de klinische studies die input hebben geleverd voor deze richtlijn aangevuld met expertschattingen vanuit de werkgroep

Angststoornissen. De consultprijzen zijn berekend aan de hand van een tijdsbestedingonderzoek (3) en loonkosten (4). De kostprijzen van SSRI's zijn gebaseerd op de prijzen afkomstig uit de KNMP-taxe van april 2002.

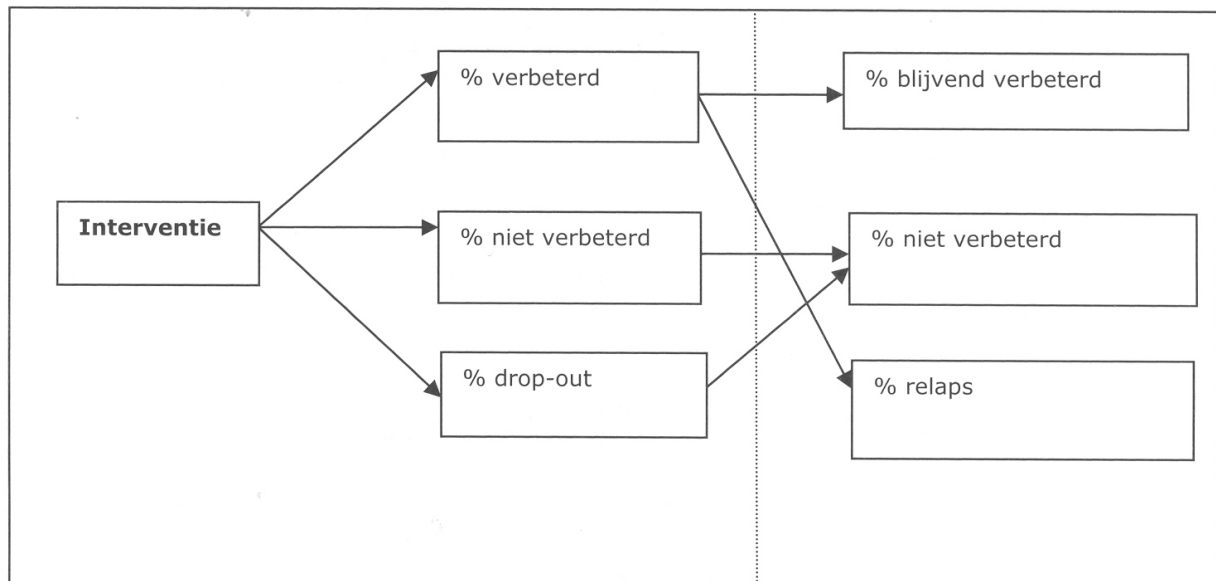
Om de effecten van zorg te expliciteren moet worden uitgegaan van een passende uitkomstmaat. In een kosteneffectiviteitanalyse (KEA) worden de opbrengsten, de effecten van de zorg, uitgedrukt in natuurlijke eenheden. Hierover dient consensus te bestaan binnen de leden van de werkgroep, terwijl gekozen moet worden voor één maat van effectiviteit. Alleen dan kunnen de interventies worden vergeleken op effectiviteit. Eén van de kernvragen betreft dus de definiëring van de effectmaat van de alternatieve behandelingen.

Het betreft hier een aandoening met een veelal chronisch karakter waardoor in het algemeen niet kan worden gesproken van herstel van de patiënt. Daarom is in het model de term 'verbeterd' (response) opgenomen als effect, uitgaande van een bepaalde mate van vermindering van symptomen. Over het algemeen spreekt men van response als de beginwaarde op een ernstschaal is gereduceerd met ten minste 50%. De response rate is dan het percentage patiënten dat voor minstens de helft is verbeterd. (2)

In de klinische studies worden de effecten van behandeling bij paniekstoornissen uitgedrukt op een drietal dimensies: depressie, angst en agorafobie. Daarnaast wordt gesproken van de reductie van paniekaanvallen. Zoals hierboven reeds is aangegeven, is het noodzakelijk om te kiezen voor één effectmaat om kosteneffectiviteitanalyses uit te kunnen voeren. Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep werd duidelijk dat geen consensus bereikt kon worden ten aanzien van een voorkeur voor één van bovengenoemde effecten als uitkomstmaat of over de mogelijkheid om de verschillende effecten die in de klinische studies worden gebruikt te combineren tot één effectmaat (overall effect size).

Een alternatief voor de klinische effectmaat zou de waardering in termen van kwaliteit-van-leven kunnen zijn, waarbij uitdrukking wordt gegeven aan de waardering van de patiënt op zijn/haar gezondheidstoestand na behandeling. Het ontbreekt echter aan gegevens om laatstgenoemde effectmaat te hanteren.

Figuur 1 Model kosteneffectiviteitanalyse



In bovenstaande figuur wordt de basis van het model weergegeven. Er is gestart met een analyse die zich beperkt tot resultaten op de korte termijn: % patiënten dat op korte termijn is verbeterd (% responders), % patiënten dat niet is verbeterd en het % drop-out.

In de literatuur worden de effecten vrijwel nooit uitgedrukt in termen als % verbeterd. Daarom zullen we de analyse moeten richten op een 'overall effect' bij patiënten die op korte termijn de behandeling hebben ondergaan. Daarnaast wordt gekeken naar de invloed van drop-outs op de kosteneffectiviteit van de behandeling. Drop-outs kunnen op verschillende tijdstippen de studie verlaten en de redenen voor drop-out kunnen verschillen. Gegevens hierover ontbreken echter nagenoeg in de verschillende klinische studies.

Voor de analyse op lange termijn zou gekeken kunnen worden naar het % patiënten dat *blijvend* is verbeterd en/of nog meer is verbeterd, het % patiënten dat op lange termijn alsnog is verbeterd en het % patiënten dat op lange termijn terugvalt (relapse en recurrence). Er zijn echter weinig studies voorhanden waarin de effecten op langere termijn worden gepresenteerd.

Samenvatting

Uitgaande van een concrete vraagstelling vanuit de werkgroep zijn data verzameld betreffende de input van de alternatieve interventies en de effecten ervan.

Vervolgens is een model gepresenteerd dat bruikbaar zou zijn voor de kosteneffectiviteitanalyse. Hierbij is aangegeven welke data noodzakelijk zijn om het model in te vullen.

Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep is duidelijk geworden dat geen consensus bereikt kon worden over de meest relevante uitkomst(effect)maat van de behandeling.

Kostprijsberekeringen

Alvorens het model in te vullen zijn kostprijsberekeringen gemaakt. Deze uitkomsten zijn dus nog niet gerelateerd aan de effecten van de alternatieve interventies.

Farmacotherapie:

Bij de berekeningen is uitgegaan van een periode van 12 maanden in totaal. De richtlijn vermeldt dat de dagdosering in eerste instantie minimaal een jaar wordt gehandhaafd. Daarna kan langzaam worden afgebouwd. Hieruit concluderen we dat een patiënt (minimaal) 12 maanden farmacotherapie nodig zal hebben.

Overeenkomstig de richtlijn hebben we een gemiddelde streefdosering gehanteerd. De kosten van neveneffecten (complicaties) bestaan uit toevoeging van oxazepam (3dd 10mg) bij 10% van de patiënten gedurende 14 dagen (expertschatting).

Bij de berekening van de kostprijzen is verondersteld dat farmacotherapie (als afzonderlijke therapie) aangeboden wordt in de *polikliniek* van een psychiatrisch ziekenhuis.

Het totaal aantal consulten is geschat op 10: 6 poliklinische (ondersteunende) consulten tijdens de eerste 3 maanden gevolgd door nabehandeling gedurende 9 maanden waarbij de patiënt naar schatting gemiddeld 4 consulten gebruikt (o.b.v. expertschatting).

Bij de berekening van de kostprijs per consult is uitgegaan van een totale duur van ruim 40 minuten (d.w.z. 20 min. face-to-face + 22 minuten indirecte tijd), waarbij de face-to-face tijd is gebaseerd op schattingen van experts en de indirecte cliëntgebonden tijd (waaronder tijd rondom het face-to-face contact: voorbereiding, correspondentie e.d.) op grond van een opslagpercentage vanuit een tijdsbestedingonderzoek bij psychiatrische poliklinieken door Hoeksema et al. (4).

Tabel 2: Gemiddelde kosten van 12 maanden farmacotherapie bij patiënten met paniekstoornissen (in Euro's 2002)

Farmacotherapie	Fluvoxamine	Citalopram	Paroxetine	Fluoxetine
Gem. streefdosering	100-150 mg	20-30mg	20-40mg	20mg
Medicatie ged. 12 maanden	321,12	385,56	497,16	296,52
Complicaties 10% van de patiënten	0,73	0,73	0,73	0,73
Opslagen/10 recepten	56,60	56,60	56,60	56,60
Kosten medicatie excl BTW	378,45	442,89	554,49	353,85
Kosten medicatie incl BTW	401,16	469,46	587,76	375,08
10 consulten (polikliniek)	465,14	465,14	465,14	465,14
Totaal	866,30	934,61	1052,90	840,22

Exposure in vivo:

De korte termijn beslaat een periode van ca. 4 maanden gevolgd door een nabehandeling. Het aantal sessies in het wetenschappelijk onderzoek varieert van 10 tot 15. Dit komt overeen met het aantal sessies dat in de praktijk (expertschatting) wordt gegeven. Voor de kosteneffectiviteitsberekeningen is uitgegaan van het aantal sessies zoals vermeld in de literatuur, gezien de grote overeenkomst met de werkelijke praktijk.

De kosten van nabehandeling bestaan uit het totaal aantal sessies o.b.v. expertschattingen verminderd met het aantal sessies genoemd in de richtlijn. Het totaal aantal sessies (incl. nabehandeling) is geschat op 20-25. Op grond hiervan is het aantal nabehandelingen op 10 sessies gesteld.

De integrale kostprijs per contact is gebaseerd op een tijdsbestedingonderzoek van Hoeksema, waarbij we

hebben aangenomen dat de gemiddelde contact duur van exposure overeenkomt met de gemiddelde contactduur voor alle contacten binnen de polikliniek.

Tabel 3: Kosten van Exposure in de polikliniek (in Euro's 2002)

Exposure in vivo	
10-15 sessies	1051,01
Kosten nabehandeling 10 sessies	840,81
Totaal	1891,82

In de richtlijn wordt vermeld dat de effecten van exposure niet verschillen bij groepstherapie of individuele therapie. De kosten kunnen daarentegen uiteen lopen. Om een indruk te krijgen van de verhouding van de kostprijs van groepstherapie versus individuele therapie is gebruik gemaakt van gegevens uit het tijdsbestedingonderzoek van Hoeksema binnen een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (voorheen RIAGG). Bij de kostprijs van groepstherapie is uitgegaan van 140 minuten cliëntentijd (direct + indirecte tijd) per sessie. Dit komt overeen met de schattingen van experts. De groep bestaat gemiddeld uit 6-7 cliënten. Data betreffende de contactduur van groepstherapie in een poliklinische setting zijn niet beschikbaar.

Tabel 4: Kosten van Exposure in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg: individuele therapie resp groepstherapie (in Euro's 2002)

Exposure in vivo	Individuele therapie	Groepstherapie
Kostprijs per sessie	110,72	245,24
Kostprijs per sessie per cliënt	110,72	35,03

Combinatietherapie:

Bij de kostprijsberekening van combinatietherapie is verondersteld dat de medicatie door een *andere* hulpverlener wordt voorgeschreven dan de hulpverlener die behandelt d.m.v. exposure (informatie op basis van overleg werkgroepleden).

We gaan er dus vanuit dat één sessie bestaat uit een sessie farmacotherapie en een sessie exposure. De totale kosten zijn dan gelijk aan de (gemiddelde) kosten van 12 maanden farmacotherapie plus de kosten van exposure. Hierbij veronderstellen we dat de duur van een consult bij beide hulpverleners overeenkomt met de duur van het consult zoals bij de afzonderlijke therapieën.

Tabel 5: Combinatietherapie: gem. kosten van farmacotherapie in combinatie met exposure in de polikliniek (in Euro's 2002)

Combinatietherapie	
Farmacotherapie	923,51
Exposure in vivo	1891,82
Totaal	2815,33

Paniekmanagement:

Voor de korte termijn is uitgegaan van een behandelperiode van ca. 4 maanden gevolgd door een nabehandeling. Het aantal sessies in de literatuur varieert van 4 tot 16. Dit komt overeen met het aantal sessies dat in de praktijk (expertschatting) wordt gegeven. Voor de kosteneffectiviteitsberekeningen is uitgegaan van het aantal sessies zoals vermeld in de literatuur, wat overeenkomt met de werkelijke praktijk.

De kosten van nabehandeling bestaan uit het totaal aantal sessies (schatting experts) verminderd met het aantal genoemd in wetenschappelijk onderzoek, zoals genoemd in de richtlijn. Het totaal aantal sessies (incl. nabehandeling) is geschat op 15-20. De kosten van nabehandeling variëren van minimaal 4 tot maximaal 11 sessies.

Tabel 6: Kostprijzen PM in een polikliniek (in Euro's 2002)

Paniek Management	Polikliniek
4 - 16 sessies	840,81
Nabehandeling (gem.)	630,61
Totaal	1471,42

Voorlopige conclusies.

Op grond van bovenstaande berekeningen kan een eerste indruk worden gegeven over de kosteneffectiviteit van de verschillende behandelingen, mits aangenomen mag worden dat de effecten van de alternatieve behandelingen niet significant van elkaar verschillen.

Farmacotherapie: keuze SSRI

Op grond van de verschillende kostprijzen van farmacotherapie kan geconcludeerd worden dat behandeling met Fluoxetine het goedkoopste alternatief is (zie tabel 2). Bovendien blijkt, in vergelijking met de andere SSRI's, het percentage drop-out bij Fluoxetine relatief laag, terwijl de indruk bestaat dat de overall effecten minstens gelijk zijn.⁽⁸⁾ De kostprijzen van medicijnen kunnen fluctueren. We hebben een vergelijking gemaakt van de prijzen van 2000 met de prijzen van 2002. Het verschil tussen de prijzen van de alternatieve SSRI's is in de afgelopen jaren afgenomen, maar deze afname was niet zodanig dat dit heeft geleid tot wijzigingen ten aanzien van onze conclusie. Ondanks het relatief geringe verschil in kostprijs per 12 maanden behandeling tussen fluoxetine en fluvoxamine, kunnen deze verschillen op macroniveau een significante bijdrage leveren aan kostenbesparingen in de zorg. Naar onze mening zou bij de keuze tussen SSRI's voorkeur moeten worden gegeven aan het goedkoopste alternatief, tenzij er duidelijk klinische redenen zijn om hiervan af te wijken.

Farmacotherapie versus exposure en paniekmanagement

De kosten van farmacotherapie op korte termijn zijn beduidend lager in vergelijking met de kosten van exposure in vivo of paniekmanagement op korte termijn. Globaal komt de gemiddelde kostprijs van exposure overeen met de gemiddelde kostprijs van ruim 2 jaar behandeling met farmacotherapie. Anders gezegd: voor de kosten van behandeling met exposure kan ca. 2 jaar farmacotherapie worden gegeven. Hierbij is geen rekening gehouden met de lagere kosten van farmacotherapie (t.g.v. afbouwen van de medicatie en kleiner aantal jaarlijkse consulten) na het eerste jaar. Ook de kosten van paniekmanagement zijn, zij het in mindere mate dan bij exposure, beduidend hoger dan de kosten van farmacotherapie.

De conclusies over de kosteneffectiviteit op korte termijn gelden alleen onder de veronderstelling dat de effecten gelijkwaardig zijn. Daarnaast spelen de kosten en effecten op de langere termijn mogelijk een rol van betekenis.

Farmacotherapie en exposure in vivo versus combinatietherapie

De kosten van combinatietherapie zijn (op korte termijn) aanzienlijk hoger dan de kosten van farmacotherapie of exposure afzonderlijk. De vraag die hier kan worden gesteld is in welke mate combinatietherapie effectiever is dan exposure (bij paniekstoornis met agorafobie). Met andere woorden hoeveel extra effect(en) levert combinatietherapie op ten opzichte van farmacotherapie of exposure afzonderlijk en in hoeverre wegen deze extra effecten op tegen de extra kosten van combinatietherapie.

Naast effecten op korte termijn moet rekening worden gehouden met de effecten op lange termijn. In een Nederlands onderzoek ⁽⁶⁾ zijn de effecten van (o.a.) exposure in vivo vergeleken met de effecten van combinatietherapie (exposure + fluvoxamine). Overall waren de effecten van deze alternatieve behandelingen op lange termijn niet verschillend, terwijl combinatietherapie op korte termijn wat effectiever leek (met name vermijding lijkt sneller af te nemen).

Het zorggebruik gedurende de follow-up periode bleek significant verschillend. Tijdens de 2-jarige follow-up was het gemiddeld aantal consulten (ondersteuning) onder patiënten met combinatietherapie 6,9 versus 20,6 consulten onder de groep patiënten met exposure alleen. 39% van de patiënten met combinatietherapie was gedurende de follow-up niet meer onder behandeling versus 6% van de patiënten in de exposure-groep. Iets minder dan de helft van de patiënten (44%) uit de combinatietherapie gebruikte na 2 jaar nog medicatie, maar in het algemeen betrof het een onderhoudsdosering. Consulten gedurende de follow-up periode betroffen voornamelijk verlenging van medicatie (herhaalrecepten) en/of ondersteuning bij de afbouw van de medicatie. 88% van de patiënten in de exposure-groep maakte gebruik van aanvullende psychotherapie (voortzetting exposure soms in combinatie met training in coping).

Bovenstaande gegevens lijken er op te wijzen dat combinatietherapie kosteneffectiever zou kunnen zijn dan exposure. Er is echter (nog) onvoldoende literatuur voorhanden om deze conclusie te rechtvaardigen.

Groepstherapie versus individuele therapie

Naar aanleiding van de vergelijking tussen de kosten van groepstherapie en van individuele therapie kan geconcludeerd worden dat groepstherapie de voorkeur heeft.

Deze conclusie is alleen gerechtvaardigd indien voldaan is aan de volgende voorwaarden: een gelijk aantal

sessies groepstherapie en individuele therapie per patiënt, geen verschil in effect van behandeling (incl. behoefte aan nabehandeling op langere termijn) en geen significante verschillen in percentage drop-outs.

Discussie

Zoals hierboven aangegeven kunnen slechts voorlopige conclusies worden getrokken op basis van de ons beschikbare gegevens. Verschillende factoren beïnvloeden de kosteneffectiviteitsratio, zoals verschillen in percentage drop-outs, verschillen in redenen voor drop-out, compliance van de patiënt, verschillen in effecten van behandeling.

Bovenstaande berekeningen betreffen de kosten van behandeling op de korte termijn.

Ook effecten op langere termijn en bijbehorende behoefte van de patiënten aan aanvullende (ondersteunende) consulten moeten in beschouwing worden genomen.

Het gemiddelde percentage drop-out bij farmacotherapie bedraagt 18%. Alhoewel de percentages bij de verschillende SSRI's enigszins van elkaar verschillen (8) verandert dit de keuze voor het goedkoopste alternatief op dit moment niet. Tenzij er klinische redenen aanwezig om voorkeur te geven aan een specifieke SSRI, kan het goedkoopste alternatief een eerste keuze zijn aangezien de literatuur geen aanwijzingen geeft voor significant verschillende effecten van deze alternatieve middelen.

Het gemiddelde percentage drop-out bij exposure en paniekmanagement is respectievelijk 10-20% en ca. 10%. Bij intensieve exposure (hetgeen wordt aanbevolen in de richtlijn) kan het percentage drop-out hoger liggen. In de richtlijn wordt geen drop-outpercentage vermeld bij combinatietherapie. Vooralsnog lijken de verschillende drop-outpercentages de conclusies ten aanzien van de verschillende alternatieve behandelingen niet te beïnvloeden.

Zowel de effecten van behandeling op korte termijn als op lange termijn kunnen een rol betekenis spelen. In hoeverre zijn de korte termijn effecten stabiel? Hoe groot is het percentage patiënten dat op (korte en/of) langere termijn terugvalt? Zijn er verschillen in zorggebruik op langere termijn bij de verschillende behandelingen? Er is echter weinig onderzoek beschikbaar waarin lange termijn effecten van de alternatieve behandelingen worden vergeleken.

Behandelingen in de tweede lijn kunnen in verschillende settings binnen de GGZ aangeboden worden, waarbij sprake kan zijn van verschillende benaderingen van de patiënt en verschillen in takenpakket van de instelling en daarmee verschillen in tijdsbestedingen van hulpverleners. Hierdoor kunnen de kostprijzen van behandelingen per setting verschillen. Ten gevolge van fusies tussen verschillende settings binnen de GGZ gedurende de afgelopen jaren zullen deze verschillen kleiner zijn geworden. Er is momenteel geen kwantitatieve informatie beschikbaar waarmee onderbouwd kan worden hoe de tijdsbestedingen van hulpverleners in de verschillende setting zijn veranderd.

Naast fusies wordt ook gewezen op de noodzaak om efficiënter te werken in verband met productieproblemen (b.v. wachtlijsten). Tevens wordt een afname van de multidisciplinaire benadering van de patiënt verondersteld als gevolg van de toename van de behandeling in eigen praktijken van zorgverleners en stepped care. Dit zou met name gelden voor psychotherapeuten. "De multidisciplinaire samenwerking, die als behandelideologie van de psychotherapie wordt gezien, lijkt zijn langste tijd gehad te hebben en maakt plaats voor een meer interdisciplinaire ideologie waarbij uitdrukkelijker wordt gekeken naar de meest passende zorg gegeven de beperkte middelen". (13)

Er stond ons onvoldoende informatie ter beschikking om op betrouwbare wijze kostprijzen binnen de diverse settings te bepalen.

Daarnaast zal rekening moeten worden gehouden met mogelijke verschillen in patiëntenpopulatie per setting.(13) Ook ontbreken gegevens over eventuele verschillen in effecten van behandeling binnen de diverse settings.

Binnen de huidige structuur van de GGZ zou ook rekening moeten worden gehouden met de *beschikbaarheid* van alternatieve voorzieningen. Zo kunnen de huidige wachtlijsten consequenties hebben voor de kosteneffectiviteit. Er zijn aanwijzingen dat combinatietherapie vaak noodgedwongen tot stand komt, waarbij de patiënt voorlopig geholpen kan worden met medicatie en waarbij op een later tijdstip wordt gestart met een psychologische interventie.

In het huidige overzicht is geen rekening gehouden met kosten van werkverzuim, de zogenaamde indirecte kosten. De indirecte kosten kunnen mogelijk van groot belang zijn voor de kosteneffectiviteit van een interventie. Uit een onderzoek naar werkverzuim en medische consumptie bij depressiviteit wordt geconcludeerd dat snelle en adequate behandeling noodzakelijk is om met name langdurig ziekteverzuim bij mannen te voorkomen. (14) Tevens blijken mensen met een depressie sterk gemedicaliseerd als gevolg van symptoombestrijdende medicatie voor de lichamelijke klachten die het gevolg lijken van psychiatrische stoornissen. Verondersteld wordt dat dit ook geldt voor andere psychische aandoeningen.

Bovenstaand verslag betreft een eerste verkenning naar de beschikbaarheid en bruikbaarheid van relevante gegevens met als doel informatie over de kosteneffectiviteit van alternatieve behandelingen op te nemen bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Kosteneffectiviteitsgegevens zijn bruikbaar voor de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorgverlening.

Uitgaande van een tweetal specifieke vragen is informatie verzameld voor de uitvoering van kosteneffectiviteitsanalyses. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens uit de literatuur waarnaar verwezen wordt in de richtlijn in combinatie met schattingen van experts. Een belangrijk knelpunt betreft de definiëring van een geschikte (klinische) effectmaat. Voor de uitvoering van een volledige kosteneffectiviteitsanalyse is een eenduidige effectmaat noodzakelijk. Aangezien hierover geen consensus bestaat, en alternatieve maten, bijvoorbeeld 'kwaliteit van leven', onvoldoende beschikbaar blijken, hebben we ons hier moeten beperken tot kostprijsberekeningen.

Kosteneffectiviteitsanalyses ten behoeve van richtlijnen worden bij voorkeur uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief. Dat wil zeggen dat naast medische kosten ook niet-medische kosten, die in verband kunnen worden gebracht met de betreffende aandoening, worden opgenomen in de analyse.

Gezien het relatief hoog percentage ziekteverzuim dat wordt toegeschreven aan psychische stoornissen is het niet ondenkbaar dat deze kosten vele malen hoger kunnen zijn dan de kosten van behandeling. De kosten van ziekteverzuim en/of arbeidsongeschiktheid vormen naar onze mening hier een belangrijke component in de KEA. Hierbij zou werkhervatting gebruikt kunnen worden als secundaire effectmaat. Een nadeel van een dergelijke maat is wel dat de analyse slechts geldt voor een subpopulatie.

Samenvatting

Het kostenonderzoek dat in deze bijlage is opgenomen is aan te merken als een kostenminimalisatiestudie aangezien het ontbreekt aan een formele relatie tussen kosten en effecten van de alternatieve behandelingen.

Een modelmatige benadering is bruikbaar als alternatief kostenonderzoek waarbij data die afkomstig zijn uit verschillende bronnen gebruikt kunnen worden. De uitwerking van het model is echter afhankelijk van de beschikbaarheid aan relevante gegevens.

Tijdens bijeenkomsten van de werkgroep bleek het niet mogelijk overeenstemming te krijgen ten aanzien van de meest relevante effectmaat die bruikbaar zou zijn voor het kosteneffectiviteitsonderzoek.

Op grond van de kosteninformatie lijken onderstaande conclusies gerechtvaardigd:

- Bij farmacotherapie wordt voorkeur gegeven aan de goedkoopste SSRI tenzij er duidelijk klinische redenen zijn om hiervan af te wijken. Er zijn geen aanwijzingen voor significante verschillen in effectiviteit tussen de diverse middelen.
- Bij paniekstoornissen met agorafobie lijkt combinatietherapie effectiever dan farmacotherapie of exposure in vivo alleen. Gezien de relatief hoge kosten van combinatietherapie is de vraag gerechtvaardigd in hoeverre de extra effecten opwegen tegen de extra kosten van deze behandeling. Nader onderzoek is hiervoor gewenst.
- Het ontbreekt aan voldoende effectiviteitsgegevens om aanbevelingen te doen ten aanzien van de keuze tussen farmacotherapie en exposure in vivo of paniekmanagement. Wanneer uitsluitend wordt gekeken naar kosten lijkt farmacotherapie de voorkeur te hebben. Meer onderzoek naar de effecten van deze alternatieve behandelingen in de Nederlandse praktijk is wenselijk.
- Bij de keuze tussen groepstherapie en individuele therapie wordt op grond van kostenoverwegingen voorkeur gegeven aan groepstherapie onder de aanname dat deze alternatieve methoden geen significante verschillen in behandelresultaten met zich mee brengen.

Literatuur

1. Rutten- van Mólken MPMH, Busschbach JJ van, Rutten FFH. Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.

2. Jonghe F & J. Swinkels. Antidepressiva 2001. Een leidraad voor het rationeel omgaan met antidepressiva bij de behandeling van patiënten met een depressie. Amsterdam: Benecke NI, 2001.
3. Hoeksma BH, ICL Bastings, HBI de Lnage, R de Meij. Tijdsbesteding in RIAGG's en psychiatrische poliklinieken. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs, 1995:41.
4. Oostenbrink JB, MA Koopmanschap, FFH Rutten. Handleiding voor kostenonderzoek. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2000:178.
5. Farmacotherapeutisch Kompas 2000/2001.
6. Beurs de E, van Balkom AJLM, van Dyck A, Lange A. Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. *Act Psych Scand* 1999;99:559-67.
7. Balkom van AJLM, Nauta MCE, Bakker A. Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia: review and re-examination. *Clin Psychology and Psychotherapy* 1995;2(1):1-14.
8. Beurs de E, van Balkom AJLM, van Dyck A, Lange A. Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up. *Act Psych Scand* 1999; 99:559-67.
9. Balkom van AJLM, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw B, Smeenk S, Ruesink B: A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:510-516.
10. Beurs de E, van Balkom AJLM, Lange A, Koele P, van Dyck R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined with exposure and exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry* 1995;152:683-691.
11. Wade AG, Lepola U, Koponen HJ, Pedersen V, Pedersen T. The effect of citalopram in panic disorder. *Br J Psychiatry* 1997;170:549-553.
12. Bakker A, van Balkom AJLM, Spinhoven P, Blaauw B, van Dyck R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *J Ner Ment Dis* 1998;186:414-419.
13. Hutschemakers G, Camp van der K, van Hattum M. Psychotherapie in getallen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.
14. Pop VJM, Heck van GL. Vroegdetectie van depressie op de werkplek: een onderzoek bij 4200 werknemers. i.o.v. Depressie Stichting, Utrecht, 1999.

Notities

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende preventie of therapie:

A1	systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) en van voldoende omvang en consistentie
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek)
C	niet-vergelijkend onderzoek
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Voor artikelen betreffende diagnostiek:

A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests

A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multi-pele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie

B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd

C niet-vergelijkend onderzoek

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Niveau van de conclusie op basis van de literatuuranalyse:

1	gebaseerd op minimaal één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
2	gebaseerd op ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	gebaseerd op één onderzoek van niveau A2 of B, of op onderzoek(en) van niveau C
4	gebaseerd op (gepubliceerde) mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

De Nederlandse vertaling van de ICF is door Bohn Stafleu en Van Loghum uitgegeven.

In de 'guidelines' wordt niet alleen gerapporteerd over behandelmethoden waarnaar kwalitatief voldoende, gecontroleerd onderzoek is verricht. Ook behandelmethoden waarvan bekend is dat zij in de praktijk veelvuldig worden toegepast maar (nog) niet zijn onderzocht zijn beschreven en waar mogelijk beoordeeld. In onderhavige bespreking van de literatuur zijn deze bespiegelingen achterwege gelaten.

Geen aparte aandacht wordt besteed aan 'Cognitive Processing Therapy (CPT), een vorm van cognitieve (gedrags)therapie die speciaal is ontwikkeld voor verkrachte vrouwen. In de eerste plaats is er slechts sprake van één (methodologische tamelijk zwakke) studie. In de tweede plaats is onzeker of de positieve resultaten van CPT kunnen worden gegeneraliseerd naar andere groepen PTSS-patiënten.

In de (inter)nationale literatuur bestond en bestaat een (soms) scherpe discussie over de plaats van EMDR bij de behandeling van PTSS. Aanvankelijk ging de discussie inhoudelijk over de vermeende effectiviteit van EMDR; momenteel gaat het met name over de vraag of en zo ja, hoe EMDR werkelijk anders is dan CGt. Tegenstanders van EMDR menen dat vaststaat dat de oogbewegingen (of andere bi-laterale stimulatie) een onnodig onderdeel zijn van de procedure en dat wanneer dit element wordt weggelaten er in feite niets anders overblijft dan een vorm van CGt. Meer in het bijzonder wordt gesteld dat EMDR in feite niet(s) anders is dan imaginaire exposure en dus ten onrechte wordt gepromoot als een nieuwe, andere benadering van PTSS. EMDR zou dan ook pseudo-wetenschappelijk zijn. Voorstanders menen echter dat EMDR een wezenlijk andere benadering is dan CGt, dat de rol van bi-laterale stimulatie nog onduidelijk is en dat de effecten (zeker) niet (volledig) kunnen worden toegeschreven aan de effecten van imaginaire exposure. Feit is dat - net als naar CGt - naar EMDR als specifieke procedure relatief veel onderzoek is gedaan en dat het daarom door onder andere de ISTSS en de American Psychological Association taskforce 'Division 12' een aparte beoordeling en evaluatie heeft gekregen. Hier wordt dit voorbeeld gevolgd.

Disclaimer

De informatie in woord en beeld op deze website www.ggzrichtlijnen.nl wordt aangeboden als een service. Aan de op deze website aangeboden informatie en/of diensten kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend. De auteurs/makers aanvaarden geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie.

Het Trimbos-instituut sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van deze richtlijn alsmede voor de gevolgen die de toepassing van deze richtlijn in de patiëntenzorg mocht hebben uit.

Het Trimbos-instituut stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze richtlijn. Hiertoe kunt u contact opnemen met via email: ggzrichtlijnen@trimbos.nl.

Bezoekersstatistieken:

Voor statistische doeleinden worden bezoekersstatistieken van deze www-pagina's bijgehouden. Informatie zoals bezoekaantallen en bezoekfrequentie worden gebruikt voor intern onderzoek en verbetering van de website. Deze informatie is echter algemeen van aard en valt niet te herleiden tot de individuele bezoeker. De identiteit van de bezoeker blijft onbekend. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan door u verstrekte persoonsgegevens.

Bescherming persoonsgegevens:

Door abonnees verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van abonnementen zal door de auteurs vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.