

Behandeling van angst: meer dan protocollen en richtlijnen

Eerste ronde

1. Angst voor mensen doorbreken met CGT, dr. David van de Berg, klinisch psycholoog PsyQ

Angst dat anderen je in de gaten houden, tegen je samenzweren, en/of je kwaad willen doen komt veel voor in verschillende gradaties van ernst. Vaak gaat het om negatieve kernopvattingen die samenhangen met negatieve interpersoonlijke leerervaringen en onveiligheid in de jeugd. Biologische processen en cognitieve tendensen zoals selectieve aandacht en springen naar conclusies vergroten daarbij de kans op achterdochtige interpretaties van het gedrag van anderen. Beveiligings- en vermijdingsgedrag zorgen ervoor dat de angst voor anderen in stand gehouden blijft. Angst voor anderen blijkt goed te behandelen met reguliere cognitief gedragsmatige technieken. De cliënt en behandelaar pluizen gezamenlijk uit wat de cliënt meemaakt en welke betekenissen zij daaraan geeft. Samen proberen ze te begrijpen hoe het komt dat de cliënt achterdochtig is geworden en brengen ze in kaart wat de belangrijkste in standhoudende factoren zijn. Naast het normaliseren van de angst voor anderen richt de CGT-behandeling zich op verschillende aangrijpingspunten in het cognitieve model van achterdocht. Cognitieve interventies zijn gericht op het uitdagen van cognities en het bewust maken van cognitieve tendensen. Zeker bij angst voor mensen geldt: 'Beleven is geloven'. Er wordt dan ook steeds toegewerkt naar gedragsinterventies die gericht zijn op het doorbreken van vermijdingsgedrag en blootstelling aan vermeend gevaar. Wanneer de cliënt ervaart dat de gevreesde catastrofe niet optreedt, neemt haar vrees af en vermindert preoccupatie met de angst voor anderen. De behandeling richt zich dan ook niet op het volledig verwerpen van de angst dat anderen het slecht met de cliënt voor hebben, maar vooral om de preoccupatie en disfunctionele emotionele en gedragsconsequenties te verminderen. Tijdens deze workshop wordt het cognitief model van angst voor andere mensen gepresenteerd en wordt geoefend met een onderdeel van het cognitief gedragstherapeutisch proces.

2. Doelgestuurd behandelen en het tegengaan van doelloze, weinig zinvolle therapieën, prof. dr. Kees Korrelboom en prof. dr. Colin van der Heiden, beiden klinisch psycholoog en psychotherapeut PsYQ

Probleemstelling

Binnen de curatieve GGZ wordt er al jaren (overigens met wisselend succes) naar gestreefd om patiënten allereerst te behandelen met therapeutische interventies waarvan de effectiviteit is aangetoond: de zogenaamde empirisch ondersteunde interventies. Naast deze empirisch ondersteunde interventies bestaat echter ook de nodige wetenschappelijk onderbouwde kennis over andere aspecten van psychologische behandelingen die relevant kunnen zijn voor de therapeutische praktijk. Deze kennis heeft vooral betrekking op een aantal meer procedurele aspecten van de behandeling. Het gaat dan om zaken als het vooraf helder formuleren van concrete, relevante en realistische behandeldoelen en om, nog belangrijker, die doelen ook de leidraad en het baken te laten zijn waarop de behandeling koerst. Beperking van de therapieduur en het stimuleren van de 'commitment' en 'eigen verantwoordelijkheid' van de patient zijn andere aspecten die onderdeel uitmaken van 'doelgestuurd behandelen'. Het formuleren en toepassen van heldere en concrete stopregels tenslotte is nog weer een ander aspect van een doelgestuurde behandelattitude. Doelgestuurd behandelen is niet een nieuwe behandelmethode. Het is veel eerder een therapeutische attitude die kan worden ingepast in en gecombineerd met behandelingen die gebruik maken van empirisch onderbouwde interventies. Waar politiek en financiers de efficiëntie en effectiviteit van GGZ behandelingen vooral van buiten- en bovenaf trachten te bevorderen middels bureaucratische inkadering en financiële sancties, kan doelgestuurd behandelen worden gezien als een poging om vergelijkbare doelen te realiseren langs vakinhoudelijk en wetenschappelijk onderbouwde wegen.



Behandeling van angst: meer dan protocollen en richtlijnen

3. De tijd zal het leren, dr. W.D. Scholten, psychotherapeut/GZ-psycholoog en post-doc onderzoeker bij de Academische Werkplaats Angst van GGZ inGeest.

Het lange termijn perspectief bij angststoornissen

Angststoornissen zijn goed te behandelen, maar hoe vergaat het mensen met angststoornissen op de lange termijn? In deze workshop worden allereerst bevindingen uit onderzoek over het beloop van angststoornissen en de lange termijn effecten van behandeling besproken. Hieruit zal blijken dat het beloop van angststoornissen vaak minder gunstig is dan we wellicht dachten, onder anderen door terugval. En wat is er bekend over interventies die terugval helpen voorkomen? Vervolgens zal gekeken worden wat de mogelijke klinische implicaties hiervan zijn en zal er aan de hand van quizvragen gediscussieerd worden over wat dit betekent dit voor de keuze van behandeling? En wat bespreek je voorafgaand aan je behandeling en naderhand met je cliënt, over terugval en het beloop? Hopelijk zullen behandelaren angststoornissen na afloop van deze workshop in de praktijk vanuit een lange termijn perspectief gaan benaderen.

4. Dwang is dwingend en angst is besmettelijk, over systeemgericht behandelen bij angst en dwang, Drs. Mieke Hartgers, klinisch psycholoog en systeemtherapeut PsyQ

Exposure is een centraal element in de behandeling van een angst- of dwangstoornis, conform de kwaliteitsstandaard. In de praktijk blijken therapeuten dit niet altijd ver genoeg door te zetten, beducht voor een te hoog oplopende stress bij de patiënt. Maar hoe is het gesteld met de naaste gezinsleden? Hoe angstig zijn zij en waarvoor? Zijn zij bestand tegen het appel op voortdurende geruststelling door de patiënt? En met welke gevolgen voor hun eigen welzijn en voor het herstel van de patiënt? En wie helpt hen daarbij? Patiënt en gezinsleden lijden immers dagelijks gezamenlijk onder de angst- of dwangklachten. Juist bij angststoornissen wordt bij de intake vaak niet direct de aandacht getrokken door een melding van een conflictueus gezinsleven: integendeel er wordt vaker gerept over een zorgzame partner en lieve kinderen of ouders. Maar als de klachten langer bestaan of de mate van herstel tegenvalt, komen hier barsten in, en is het niet eenvoudig om deze te repareren.

Hoe kunnen wij hen vanaf de start samen daarbij helpen als integraal onderdeel van de angstbehandeling? In de workshop zal hiertoe een model worden gepresenteerd.

Behandeling van angst: meer dan protocollen en richtlijnen

Tweede ronde

1. Angst voor mensen doorbreken met CGT, dr. David van de Berg, klinisch psycholoog PsyQ

Angst dat anderen je in de gaten houden, tegen je samenzweren, en/of je kwaad willen doen komt veel voor in verschillende gradaties van ernst. Vaak gaat het om negatieve kernopvattingen die samenhangen met negatieve interpersoonlijke leerervaringen en onveiligheid in de jeugd. Biologische processen en cognitieve tendensen zoals selectieve aandacht en springen naar conclusies vergroten daarbij de kans op achterdochtige interpretaties van het gedrag van anderen. Beveiligings- en vermijdingsgedrag zorgen ervoor dat de angst voor anderen in stand gehouden blijft. Angst voor anderen blijkt goed te behandelen met reguliere cognitief gedragsmatige technieken. De cliënt en behandelaar pluizen gezamenlijk uit wat de cliënt meemaakt en welke betekenissen zij daaraan geeft. Samen proberen ze te begrijpen hoe het komt dat de cliënt achterdochtig is geworden en brengen ze in kaart wat de belangrijkste in standhoudende factoren zijn. Naast het normaliseren van de angst voor anderen richt de CGT-behandeling zich op verschillende aangrijpingspunten in het cognitieve model van achterdocht. Cognitieve interventies zijn gericht op het uitdagen van cognities en het bewust maken van cognitieve tendensen. Zeker bij angst voor mensen geldt: 'Beleven is geloven'. Er wordt dan ook steeds toegewerkt naar gedragsinterventies die gericht zijn op het doorbreken van vermijdingsgedrag en blootstelling aan vermeend gevaar. Wanneer de cliënt ervaart dat de gevreesde catastrofe niet optreedt, neemt haar vrees af en vermindert preoccupatie met de angst voor anderen. De behandeling richt zich dan ook niet op het volledig verwerpen van de angst dat anderen het slecht met de cliënt voor hebben, maar vooral om de preoccupatie en disfunctionele emotionele en gedragsconsequenties te verminderen.

Tijdens deze workshop wordt het cognitief model van angst voor andere mensen gepresenteerd en wordt geoefend met een onderdeel van het cognitief gedragstherapeutisch proces.

2. Het beïnvloeden van sequentiële associaties: meer (en soms anders) dan simpelweg 'exposure', Drs. Erik ten Broeke, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Maakt als cognitief-gedragstherapeut deel uit van VISIE, praktijk voor cognitieve gedragstherapie te Deventer.

Bij de behandeling van angststoornissen staat in de regel het toepassen van enige vorm van exposure centraal. De simpelste beschrijving van exposure is het advies zich bloot te stellen aan hetgeen wordt gevreesd. Op zichzelf is dat een goed en praktisch advies. Exposure geniet immers de reputatie aantoonbaar effectief te zijn. Die effectiviteit is echter beduidend minder florissant dan gewenst, hetgeen het afgelopen decennium heeft geleid tot een scala aan wetenschappelijke publicaties die ingaan op de veronderstelde werkingsmechanismen en daaruit af te leiden procedurele aanscherping. Deze ambitie om op basis van wetenschappelijke inzichten de toepassing van psychotherapeutische interventies te optimaliseren is ook kenmerkend voor het gedachtengoed van Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie (GCGt). Een belangrijk voorbeeld daarvan betreft het optimaliseren van de mogelijkheden om zogenoemde sequentiële associaties te beïnvloeden; associaties die binnen GCGt worden beschreven in termen van Betekenis-analyses (BA) en/of Functie-analyses (FA). Die mogelijkheden betreffen overigens niet alleen exposure 'in engere zin'.

In deze workshop wordt in dit kader in vogelvlucht stilgestaan bij 1) het conceptuele vertrekpunt van exposure en aanverwante procedures, 2) het optimaliseren van de desbetreffende procedures en 3) het uitbreiden van het beschikbare arsenaal aan interventies om disfunctionele verwachtingen te falsificeren, waaronder het verzwakken van zogenoemde flashforwards.

Behandeling van angst: meer dan protocollen en richtlijnen

3. De tijd zal het leren, dr. W.D. Scholten, psychotherapeut/GZ-psycholoog en post-doc onderzoeker bij de Academische Werkplaats Angst van GGZ inGeest.

Het lange termijn perspectief bij angststoornissen

Angststoornissen zijn goed te behandelen, maar hoe vergaat het mensen met angststoornissen op de lange termijn? In deze workshop worden allereerst bevindingen uit onderzoek over het beloop van angststoornissen en de lange termijn effecten van behandeling besproken. Hieruit zal blijken dat het beloop van angststoornissen vaak minder gunstig is dan we wellicht dachten, onder anderen door terugval. En wat is er bekend over interventies die terugval helpen voorkomen? Vervolgens zal gekeken worden wat de mogelijke klinische implicaties hiervan zijn en zal er aan de hand van quizvragen gediscussieerd worden over wat dit betekent voor de keuze van behandeling? En wat bespreek je voorafgaand aan je behandeling en naderhand met je cliënt, over terugval en het beloop? Hopelijk zullen behandelaren angststoornissen na afloop van deze workshop in de praktijk vanuit een lange termijn perspectief gaan benaderen.

4. Dwang is dwingend en angst is besmettelijk, over systeemgericht behandelen bij angst en dwang, drs. Mieke Hartgers, Klinisch psycholoog en systeemtherapeut PsyQ.

Exposure is een centraal element in de behandeling van een angst- of dwangstoornis, conform de kwaliteitsstandaard. In de praktijk blijken therapeuten dit niet altijd ver genoeg door te zetten, beducht voor een te hoog oplopende stress bij de patiënt. Maar hoe is het gesteld met de naaste gezinsleden? Hoe angstig zijn zij en waarvoor? Zijn zij bestand tegen het appel op voortdurende geruststelling door de patiënt? En met welke gevolgen voor hun eigen welzijn en voor het herstel van de patiënt? En wie helpt hen daarbij? Patiënt en gezinsleden lijden immers dagelijks gezamenlijk onder de angst- of dwangklachten. Juist bij angststoornissen wordt bij de intake vaak niet direct de aandacht getrokken door een melding van een conflictueus gezinsleven: integendeel er wordt vaker gerept over een zorgzame partner en lieve kinderen of ouders. Maar als de klachten langer bestaan of de mate van herstel tegenvalt, komen hier barsten in, en is het niet eenvoudig om deze te repareren.

Hoe kunnen wij hen vanaf de start samen daarbij helpen als integraal onderdeel van de angstbehandeling? In de workshop zal hiertoe een model worden gepresenteerd.