

# Over de behandeling van angst:

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

Prof.dr. Colin van der Heiden



# Over de behandeling van angst:

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

**Prof.dr. Colin van der Heiden**

## Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Geestelijke gezondheidszorg, vanwege Parnassia Group, aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen Erasmus Universiteit Rotterdam, op 1 juli 2016.

# Over de behandeling van angst:

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

**Meneer de rector magnificus,  
Leden van het bestuur van de Parnassia Groep,  
Leden van de Benoemings Advies Commissie van  
deze bijzondere leerstoel,  
lieve familie, vrienden en collega's,  
zeer gewaardeerde toehoorders**

Het is nog maar vijf jaar geleden dat ik in de zaal hiernaast stond om mijn proefschrift te verdedigen. Velen van u waren daar ook bij aanwezig. Ik mag u vanmiddag toespreken in het kader van de openbare aanvaarding van mijn ambt als hoogleraar klinische psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ik dank u allen hartelijk dat u ook deze voor mij zeer eervolle en bijzondere plechtigheid wilt bijwonen.

Mijn oratie gaat over de behandeling van angst- en dwangstoornissen. Het terrein waar ik me de laatste 10 jaar het meest op gericht heb. Toen ik dat een tijdje geleden vertelde aan een hooggeleerde collega, reageerde ze enigszins teleurgesteld. 'Ga je het over angst hebben, daar weten we toch al zoveel over?', was haar reactie. Dat klopt. We weten al heel veel over de behandeling van angst. Maar de boodschap van mijn verhaal is dat er nog genoeg winst te boeken is. Een aantal manieren waarop dat volgens mij kan, wil ik graag met u doornemen.

Maar eerst wil ik kort ingaan op het voorkomen, de gevolgen en het beloop van angststoornissen. Vervolgens zal ik betogen dat angststoornissen goed behandelbaar zijn, maar ook zal ik enkele knelpunten met betrekking tot de toepassing en uitvoering van angstbehandelingen met u bespreken. Bij voorbeeld dat we niet altijd de juiste behandeling aanbieden, en dat als we dat wel doen we de interventies niet altijd op adequate wijze aanbieden.

## Colofon

Over de behandeling van angststoornissen: doen we  
de goede dingen en doen we de goede dingen goed?  
Prof.dr. Colin van der Heiden, 1 juli 2016

## Productiebegeleiding

Interne & externe communicatie FSW

## Vormgeving

[www.panart.nl](http://www.panart.nl)

Maar zelfs als we de goede dingen op de goede manier doen, wordt nog niet iedereen beter. Mijn stelling is dat we in moeten zetten op het vergroten van de effectiviteit van reeds bewezen effectieve interventies, in plaats van op het ontwikkelen van steeds meer nieuwe vormen van psychotherapie. Ik zal mijn rede afsluiten met een bespreking van de manier waarop ik daar met deze leerstoel een bijdrage aan hoop te leveren.

Maar zoals gezegd eerst iets meer over angststoornissen. Angststoornissen komen vaak voor. In Nederland leed in 2011 1,1 miljoen mensen aan een angststoornis. En een op de vijf Nederlanders krijgt ooit in hun leven last van een angststoornis (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010). Angststoornissen gaan gepaard met een aanzienlijke lijdensdruk en ernstige beperkingen in het functioneren. In de top tien van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken stonden angststoornissen in 2013 op de derde plaats (De Graaf et al., 2013).

Het beloop van angststoornissen is niet heel gunstig: In ongeveer de helft van de gevallen verdwijnt de angststoornis in de loop der jaren, maar in de helft van de gevallen is er sprake van een langdurig beloop met afwisselende perioden van heftige klachten, milde klachten en afwezigheid van klachten (Batelaan et al., 2010a; Batelaan et al., 2010b; Scholten et al., 2013). Angststoornissen vormen dus een belangrijk probleem; ze komen veel voor, duren vaak lang en leiden tot veel lijden.

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

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

zoeken, of met het openbaar vervoer te reizen, om na te gaan of de door hen gevreesde catastrofe dan inderdaad optreedt: vallen ze flauw, worden ze gek, krijgen ze een hartaanval, of gaan ze dood? Sociaal fobici wordt gevraagd op een verjaardag een keer zelf een onderwerp aan te snijden om na te gaan of anderen daar inderdaad raar of ongeïnteresseerd op reageren, zoals ze zelf steeds voorspellen. Door steeds te ontdekken dat de angstige verwachting niet uitkomt ontstaat nieuwe, positievere kennis over de gevreesde stimuli – in dit geval drukke ruimtes, openbaar vervoer, verjaardagen- en over de eigen persoon (Craske et al., 2014). En die nieuwe kennis 'wint' het na verloop van tijd van de 'oude kennis' wanneer iemand met de voorheen gevreesde stimulus geconfronteerd wordt. En die nieuwe kennis roept minder, of geen, angst op.

Goed nieuws dus. Angststoornissen zijn goed behandelbaar. Niet alleen met exposurebehandeling, ook medicamenteuze behandeling, of combinatiebehandelingen, zijn werkzaam in de behandeling van angstklachten (Van Balkom et al., 2013). Maar er is ook minder goed nieuws.

## 1. We doen niet altijd de goede dingen

Op basis van de overtuigende bevindingen over de werkzaamheid zou je verwachten dat de meeste patiënten die aan een angststoornis lijden exposuretherapie aangeboden krijgen. Helaas handelt slechts een minderheid van de professionals in de GGZ naar eigen zeggen volgens de richtlijnen (Sinnema, Franx, & van 't Land, 2009). Met als gevolg dat maar een derde van de patiënten in de GGZ adequate psychotherapie ontvangt, zo bleek uit een recent Nederlands onderzoek naar de toepassing van behandelrichtlijnen (van Fenema et al., 2015). Twee derde dus niet! Als we specifiek naar angststoornissen kijken lijkt het beeld op het eerste gezicht rooskleuriger. Achtentachtig procent van 500 ondervraagde angstbehandelaars geeft aan een bewezen effectieve behandeling aan te bieden, en 77% volgt hierbij naar eigen zeggen de beschikbare protocollaire behandelingen (Freiheit et al., 2004). Dat zijn hoopgevende cijfers. Maar op de vraag of er ook exposure wordt toegepast geeft slechts een minderheid aan dit te doen. Enkele cijfers: bij sociale fobie gebruikt maar 30% van de behandelaars exposuretechnieken. Bij de behandeling van paniekstoornissen neemt maar 12% van de behandelaars interoceptieve exposure op in het behandelplan. Zesenzeventig procent gebruikt nooit interoceptieve exposure. En bij dwangklachten past maar 37% frequent ERP toe, 26% doet dit zelden of nooit. Ook behandelaars die positief tegenover empirisch ondersteunde behandelingen staan blijken belangrijke interventies uit die behandeling dus vaak niet toe te passen.

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

## 2. De goede dingen worden niet altijd goed gedaan

Maar als de geïndiceerde richtlijnbehandeling aangeboden wordt, dan is het zaak de interventies op adequate wijze aan te bieden aan patiënten. En er zijn aanwijzingen dat dat niet gebeurt. Zowel vanuit de literatuur als vanuit klinische indrukken. Om met dat laatste punt te beginnen wil ik een voorbeeld uit de praktijk met u bespreken. Gerard, een man van 32 jaar, is gediagnosticeerd met een OCS. Hij heeft al sinds zijn jeugd last van allerlei controlehandelingen. Hij controleert vooral of het gas, licht, en de verwarming uit zijn. Zijn grote angst is dat er brand zal ontstaan. De afgelopen jaren zijn daar agressieve intrusies bijgekomen. In het eerste therapiegesprek vertelt hij dat exposuretherapie bij hem niet hielp, 'want mijn spanning neemt niet af'. Op de vraag welke oefeningen hij had uitgevoerd antwoordde hij dat hij bij voorbeeld de knop van de verwarming moest uitdraaien en

dan niet meer mocht controleren of hij uit was. Maar aan het einde van de oefeningen was hij nog steeds gespannen. Waaruit hij concludeerde dat exposure niet werkt. En dat hij dus een andere behandeling nodig had. Een gemiste kans wat mij betreft. Want op de vraag wat hij vreesde dat er zou gebeuren als hij de verwarmingsknoppen niet zou controleren antwoordde hij dat er dan brand zou ontstaan. En op de vraag hoe vaak dat gebeurd was bij de exposure-oefeningen was het antwoord -gelukkig- 'nul keer'. En op het testen van die verwachting zouden de exposure-oefeningen gericht moeten zijn, volgens de eerder besproken moderne inzichten in exposure (Craske et al., 2008; 2012). Dan zouden zijn exposure-ervaringen wellicht als succes beleefd zijn -want de angstige verwachting is niet uitgekomen- in plaats van als mislukking -de spanning bleef onverminderd hoog. Mogelijk zou deze patiënt dan behoren tot de groep waarbij 'exposure wel werkt'. Want door telkens te ervaren dat de gevreesde ramp niet uitkomt, had Gerard nieuwe kennis kunnen opdoen: 'als ik de verwarmingsknop niet controleer dan ontstaat er geen brand'. Met als mogelijk gevolg dat hij minder spanning zou ervaren, of in elk geval de gevoelens van spanning beter zou kunnen verdragen.

Een ander voorbeeld komt regelmatig voor bij patiënten met een paniekstoornis met agorafobie waarbij exposure-oefeningen volgens de therapeut 'niet werkten'. De reden? De patiënt kwam terug met de mededeling dat hij of zij heel gespannen was geraakt, of zelfs in paniek. 'Dus wat nu?', is dan de vraag van de therapeut. 'Vragen of ze al doodgegaan zijn', is dan mijn antwoord. Want dat is één van de beangstigende verwachtingen van paniekpatiënten: ze zijn bang dat hun symptomen een voorbode zijn van flauw vallen, gek worden, een hartaanval krijgen of doodgaan. En die verwachting komt nooit uit. En dat ondanks die sterke gevoelens van spanning! Je zou zulke patiënten er eigenlijk mee moeten feliciteren: 'ondanks uw enorme gevoelens van spanning is uw ergste angst niet bewaarheid geworden. Hoeveel bewijs heeft u nog nodig voordat u gelooft dat het slechts om hinderlijke, nare gevoelens gaat, maar dat deze geen voorbode van naderend onheil zijn?'. Exposuretherapie moet dus gericht zijn op het disconfirmeren van de beangstigende verwachtingen van patiënten, en niet op het nastreven van angstdaling in de gevreesde situaties.

Toch is het niet vreemd dat exposure-oefeningen in de praktijk nog aangeboden worden vanuit het idee dat er angstdaling moet plaats vinden. Want in de literatuur over exposure wordt hier nog altijd vaak van uitgegaan. Zo staat bij voorbeeld in het Leerboek Psychotherapie beschreven dat 'essentieel is dat habituatie plaatsvindt, dus dat de exposure net zo lang wordt volgehouden tot de habituele respons (b.v. angst) aanmerkelijk gedaald is' (Bögels, 2009, pp. 215). In buitenlandse handboeken over exposure staan

vergelijkbare adviezen. Abramowitz en collega's (2012) adviseren bij voorbeeld in hun *'definitive book on contemporary exposure-based treatment'* dat patiënten in de exposure-situatie moeten blijven tot ze een significante afname van hun angst ervaren. Terwijl inmiddels zoals gezegd bekend is dat habituatie niet verantwoordelijk is voor de blijvende angstreductie als gevolg van exposuretherapie, maar dat het gaat om extinctie: het opdoen van nieuwe inhibitorische kennis over stimuli, zoals 'panieksymptomen zijn naar, maar voorspellen geen hartaanval' (Craske et al., 2014). De opzet van exposure-oefeningen moet dus gericht zijn op wat patiënten dienen te leren – dat de gevreesde stimuli geen voorspeller zijn van een ramp. En dat ze symptomen van angst en spanning kunnen verdragen.

Door meer in te zetten op exposure volgens de principes van extinctie in plaats van habituatie kunnen we winst boeken bij de behandeling van angst. Maar ook als we uitgaan van extinctie zijn er valkuilen waar we op moeten letten. Nog een voorbeeld. In een workshop van Erik ten Broeke over moderne inzichten over exposure voor een ervaren groep angstbehandelaars bespraken we in subgroepjes vastgelopen cases. Een van die cases was een patiënte met een liftfobie. Bij deze patiënte was de angstige verwachting netjes in kaart gebracht, de behandelaar oefende eerst zelf samen met de patiënte, en vervolgens ging patiënte alleen de lift in. Maar toch bleef ze angstig voor liften. Bij het analyseren van het verloop van de oefeningen werd duidelijk dat patiënte naar een lift ging, een tijdje toekeek en dan de lift inging. De vraag is nu wat er gebeurde tijdens het 'een tijdje toekijken'. Mogelijk ging patiënte na of de lift veilig genoeg was om in te stappen: hoe zag hij eruit, hoe keken de mensen die uitstapten, ging de lift zonder haperen naar boven en naar beneden, gingen de deuren goed open? Misschien stapte ze pas in een lift als ze had ingeschat dat de lift veilig was. En leek ze de exposure-oefening wel uit te voeren, maar zonder resultaat. Heeft de exposure-therapie nu niet gewerkt? Of is de exposuretherapie niet goed uitgevoerd? We weten het niet zeker, het kan allebei. Maar laten we eens aannemen dat de hypothese klopt dat deze patiënte de lift eerst 'keurde' en pas instapte als ze hem als veilig had beoordeeld. Wat leert de patiënte dan van haar oefeningen? Ze leert dat 'deze lift' veilig is. Terwijl ze, om haar fobische angst te overwinnen, moet leren dat 'liften in het algemeen' veilig zijn. Dus zal ze in de behandeling moeten oefenen met liften opzoeken waar ze meteen in stapt zonder ze eerst te 'keuren'. In vaktermen: ze moet haar veiligheidsgedrag achterwege laten.

### 3. Niet iedereen wordt beter

Maar zelfs als we de goede dingen goed doen, wordt niet elke patiënt met een angststoornis beter. Zo voldoet slechts 60% van de patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis na exposure met responspreventie aan de criteria voor herstel (Fisher & Wells, 2005). En is maar 25% symptoomvrij. Ook bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis is maar ongeveer de helft na CGT hersteld (Fisher, 2006). En ook na het volgen alle stappen van de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen heeft ongeveer één op de vijf patiënten nog altijd last van angstklachten (Van Balkom et al., 2013). Er is dus veel ruimte voor verbetering. Maar hoe pakken we dat aan? Door het ontwikkelen van allerlei nieuwe therapievormen, zoals de afgelopen twee decennia in toenemende mate gebeurt? Ik twijfel of dat ons echt verder brengt. Tot nu toe hebben de nieuwe therapieën niet tot doorbraken in de effectiviteit van de behandeling van psychische aandoeningen geleid (Cuijpers et al., 2008). Ze zijn hooguit ongeveer even effectief. Naar mijn idee kunnen we onze tijd, energie en geld beter besteden aan het ontwikkelen van manieren om de effectiviteit van beschikbare effectieve behandelingen te vergoten. Met deze leerstoel hoop ik op een aantal manieren daaraan bij te kunnen dragen.

### 4. Vergroten van de effectiviteit van bestaande behandelingen

#### 4.1 Vaker en adequater aanbieden bewezen effectieve behandelingen

Ten eerste door het vaker en beter uitvoeren van bestaande effectieve behandelingen voor angststoornissen. Waar ik voor wil pleiten is een betere en doorlopende training van therapeuten in het toepassen van effectieve behandelingen voor angststoornissen. Met meer nadruk op principes achter de interventies, zodat moderne inzichten -in dit geval in exposure- de klinische praktijk beter en sneller bereiken. Daar ligt een belangrijke taak voor opleiders. Ten tweede wil ik pleiten voor een betere integratie van patiëntgebonden onderzoek en de klinische praktijk. Een voorwaarde hiervoor is dat onderzoek nauwer verbonden wordt met de klinische praktijk. Dit kan bewerkstelligd worden door patiëntgebonden onderzoek specifiek te richten op voor patiënten relevante vragen en patiënten nadrukkelijk te betrekken bij het opzetten van dergelijk onderzoek (ESF, 2011). Maar ook door onderzoeksvoorstellen op te stellen in nauwe samenwerking met de klinische settings die kunnen profiteren van de bevindingen (Munk-Jørgensen et al., 2015), en door in onderzoeksvoorstellen standaard een paragraaf op te nemen over implementatie van de bevindingen. En *last but not least* kan de kloof tussen wetenschap en praktijk wellicht het best overbrugd worden door meer *scientist-practitioners* te identificeren

(Munk-Jørgensen et al., 2015). Behandelaars die patiënten willen behandelen, en tegelijkertijd in wetenschappelijk onderzoek willen participeren. Zij kunnen ertoe bijdragen dat nieuwe kennis geïmplementeerd wordt binnen de gangbare werkwijze van een ggz-instelling. Daar ligt een belangrijke taak voor praktijkinstellingen. Die hebben overigens meer taken op dit vlak. Want krijgen behandelaars tijd zich bewezen effectieve behandelingen goed eigen te maken? Uit diverse studies blijkt dat behandelaars dit niet als dusdanig ervaren (zie Munk-Jørgensen et al., 2015). De belangrijkste prestatie-indicator lijkt productie te zijn, en niet zozeer kwaliteit. En wordt er gestuurd op het adequaat uitvoeren van effectieve behandelmethoden? Of op het voorkomen van *therapist drift*: het niet of niet adequaat aanbieden van een behandeling bij voorbeeld door af te wijken van het behandelplan en er niet meer op terug te komen, door het verzanden in 'praten over' in plaats van doen, of door geen consequenties te verbinden aan het niet uitvoeren van huiswerk-afspraken? De eerder genoemde cijfers over het volgen van richtlijnbehandelingen en het toepassen van exposuretherapie bij angststoornissen doen vermoeden dat dit te weinig gebeurt. Terwijl we zoals al gesteld weten dat het implementeren van de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen leidt tot een groter effect van angstbehandelingen (Van Dijk, 2014). Met Edwin de Beurs van de Rijksuniversiteit Leiden en Kees Korrelboom van Tilburg University en PsyQ willen we nog een stapje verder gaan. We gaan onderzoeken of wat wij noemen 'Resultaat Gestuurd Behandelen' in de curatieve GGZ leidt tot een toename van zowel de effectiviteit als de efficiëntie van de behandeling van angststoornissen. De voorgestelde aanpak zal bestaan uit:

1. Het opstellen van SMART geformuleerde veranderingsgerichte behandeldoelen.
2. De behandeling expliciet richten op die doelen, en zodoende *therapist drift* voorkomen.
3. Adequaat gebruik van bewezen effectieve interventies om die doelen te bereiken.
4. Geregeld monitoren van de voortgang met betrekking tot die behandel-doelen en de uitkomsten daarvan nadrukkelijk mee laten wegen in de verdere uitvoering van het behandelplan.
5. Het voortzetten van de behandeling mede laten afhangen van de mate waarin patiënten hun therapeutische taken uitvoeren.

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

#### **4.2 Interventies richten op specifieke factoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling en in stand houding van angststoornissen**

Een tweede mogelijkheid die ik met u wil bespreken is de interventies te richten op specifieke factoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling of in stand houding van angstklachten. Ik wil dat doen aan de hand van een voorbeeld waarnaar ik zelf veel onderzoek heb gedaan, de metacognitieve therapie voor patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS). Deze stoornis wordt gekenmerkt door overmatige angst en aanhoudend piekeren over verschillende zaken, gedurende ten minste een half jaar. De angst en het gepieker worden als onbeheersbaar beleefd (APA, 2013). Het gepieker gaat vaak over hele alledaagse zaken. Zoals welke boodschappen je in huis moet halen voor het aankomende verjaardagsfeestje, of je dochtertje wel veilig met de fiets op school aangekomen is, of de gezondheidsklachten van je partner niet op een ernstige ziekte duiden, en ga zo maar door. Zaken die de meesten van ons wel herkennen. Hoewel ik natuurlijk hoop dat u dit soort zorgen niet dagelijks heeft, zoals bij GAS-patiënten vaak wel het geval is. Juist het feit dat de onderwerpen waarover GAS-patiënten piekeren voor velen herkenbaar zijn, en omdat iedereen wel eens piekert, was de vraag of het piekeren zelf wel het centrale probleem was, of dat er gezocht moest worden naar factoren die ertoe bijdragen dat piekeren ontstaat en niet vanzelf weer overgaat. Adrian Wells ontwikkelde halverwege de jaren '90 een model waarin het gepieker zelf niet als het probleem gezien wordt, maar de metacognitieve opvattingen die mensen over hun eigen gepieker hebben (Wells, 1995). Het gaat daarbij om positieve opvattingen zoals 'door te piekeren ben ik goed voorbereid op mogelijke problemen' of 'door mijn gepieker kan ik narigheid voorkomen'. Ofwel: piekeren wordt gezien als iets nuttigs, iets dat helpt. Zulke opvattingen over piekeren blijken niet specifiek voor patiënten met een GAS. Ook andere angstpatiënten hebben ze. En ook mensen zonder een angststoornis. Het tweede type metacognities is wel specifiek voor patiënten met GAS. Dit zijn de negatieve opvattingen over piekeren, zoals 'piekeren is onbeheersbaar' of 'als mijn gepieker niet stopt draai ik er straks nog van door'. Piekeren wordt dus als onbeheersbaar en als gevaarlijk gezien. Men wordt bang van het eigen gepieker en dat leidt tot een escalatie van de angst.



Door de interventies niet op het piekeren zelf te richten, maar op de opvattingen óver piekeren zijn de mogelijkheden om de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) te behandelen naar mijn stellige overtuiging verbeterd. Uit eigen onderzoek onder 126 patiënten met een GAS (Van der Heiden, Muris, & Van der Molen, 2012) bleek dat MCT na gemiddeld 11 sessies leidde tot een significante en grote afname van zowel piekeren en angst als van algemene psychische klachten en somberheid. Dit was zowel aan het einde van de behandeling als bij de follow-upmeting na een halfjaar het geval. Ook vonden we dat MCT op beide meetmomenten op bijna alle uitkomstmaten tot een significant grotere klachtreductie leidde dan *intolerance of uncertainty-therapie* (IUT; Dugas & Robichaud, 2007), een andere vorm van CGT die specifiek voor GAS werd ontwikkeld. Het meest interessant waren wat mij betreft de herstelpercentages: na MCT was 72% van de patiënten hersteld, tegenover 48% in de andere behandelconditie. Daarnaast bleek nog eens 21% betrouwbaar verbeterd te zijn. In totaal profiteerde dus 93% van de patiënten van de behandeling. De resultaten van MCT bleken stabiel te zijn over de volgende 2½ jaar, zonder verdere behandeling (Van der Heiden & Melchior, 2014). Nog steeds was driekwart van de patiënten hersteld. Voor mij het belangrijkste resultaat. Want patiënten beter maken is één, maar ze zonder verdere behandeling beter houden is twee. Op basis van onder anderen dit onderzoek is MCT in Engeland in de richtlijn voor de behandeling van angststoornissen opgenomen als een van de psychologische behandelingen van eerste voorkeur voor GAS (NHS, 2012). En hopelijk gebeurt dit ook in de Nederlandse richtlijnen bij de eerstvolgende update.

### Intermezzo

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

Bij GAS is de werkzaamheid van MCT inmiddels dus aangetoond. Of het ook bij andere angststoornissen zinvol is de interventies te richten op meta-cognities is nog maar de vraag. Er is nog maar zeer beperkt onderzoek gedaan bij andere angststoornissen, vaak case studies of pilot onderzoeken met kleine aantallen deelnemers. Daar kunnen we dus nog maar weinig conclusies aan verbinden. Zelf hebben we recent een pilotstudie onder 25 patiënten met een dwangstoornis uitgevoerd (Van der Heiden et al., 2016). Met veelbelovende resultaten. Na gemiddeld 14,6 sessies bleek er sprake van significante en grote afname van zowel dwangsymptomen als van secundaire depressieve en algemene psychische klachten. Van de 19 patiënten die de studie afmaakten, bleek driekwart (74%) aan het einde van de behandeling hersteld te zijn. En bijna de helft (47%) was zelfs symptomvrij. De effecten bleken behouden te zijn gebleven na een therapievrije periode van drie maanden. Ter herinnering: exposure met responspreventie leidt in ongeveer 60% van de gevallen tot herstel, terwijl 25% na afloop van de behandeling symptomvrij is. Samen met promovenda Kim van Rossen van PsyQ en Ingmar Franken van de Erasmus Universiteit zijn we op basis van deze veelbelovende resultaten een grote RCT gestart, waarin MCT vergeleken wordt met de psychologische behandeling van eerste voorkeur voor dwang, exposure met responspreventie.

### 4.3 Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) en beeldbellen.

Een andere veelbelovende ontwikkeling om de behandeling van angststoornissen te verbeteren, is het inzetten van moderne technologische middelen bij de behandeling. Het kan dan gaan om *virtual reality*-behandelingen, waarvan de effectiviteit inmiddels bij verschillende angststoornissen in vier onafhankelijke meta-analyses vastgesteld is (zie Page & Coxon, 2016). Toch wordt de effectiviteit nog vaak ter discussie gesteld vanwege drie belangrijke methodologische tekortkomingen van de onderzoeken: kleine onderzoeksgroepen, gebrek aan -geschikte-controlegroepen, en een gebrek aan gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken. Uit een recent literatuuronderzoek uitgevoerd door Page en Coxon (2016) bleek dat deze bezwaren niet meer gelden voor de angst voor spinnen en voor de angst om in het openbaar te spreken. Voor agorafobie, vlieg angst en hoogtevrees golden de bezwaren nog ten dele, maar voor de posttraumatische stress-stoornis waren de bezwaren nog altijd relevant: in studies naar de werkzaamheid van VRET bij PTSS worden meestal maar kleine aantallen deelnemers betrokken, terwijl controlegroepen vaak ontbreken. Ook wordt slechts in een kwart van de studies gebruik gemaakt van een RCT-design. Zelf ben ik met onder anderen Ingmar Franken van de Erasmus Universiteit en Willem-Paul Brinkman van de TU Delft betrokken bij een onderzoek van promovenda Marieke van Meggelen waarin een *virtual reality*-behandeling bij patiënten met vroegkinderlijk misbruik en bij militairen met een



oorlogstrauma getest wordt. Daarin kunnen patiënten zich thuis op hun eigen PC bloot stellen aan hun traumatische ervaringen met behulp van het Multi-Modal Memory Restructuring System (3MR system; Brinkman, Vermetten, Van de Steen, & Neerincx, 2011). Dit systeem stelt hen in staat de traumatische ervaring visueel te maken met behulp van persoonlijke foto's, tekstuele beschrijvingen, online geografische kaarten, en een door hen zelf gecreëerde 3D-omgeving. In een ongecontroleerde pilotstudie onder 43 online geworven deelnemers met vroegkinderlijk trauma bleek dat na 8 VRET-sessies in 4 weken zowel PTSS-klachten als depressieve symptomen significant waren afgenomen. Twee derde van de deelnemers voldeed na afloop niet langer aan de criteria van de bij aanvang gestelde diagnose: PTSS dan wel een depressieve stoornis (Van Meggelen et al., 2014). Deze resultaten waren dusdanig veelbelovend dat we de VRET-behandeling nu in een gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek direct vergelijken met reguliere PTSS-behandeling. Als VRET effectief blijkt dan is dat een waardevolle aanvulling op beschikbare behandelingen voor PTSS. Juist bij deze groep patiënten, waarvoor vaak lange wachtlijsten bestaan in de SGGZ, zou het prachtig zijn als snel gestart kan worden met het aanbieden van deze online behandeling. En mogelijk blijkt dat in een aantal gevallen afdoende en kan de behandeling afgerond worden.

Ook vormen van beeldbellen kunnen een zinvolle ondersteuning zijn bij de behandeling van angstklachten. Bij voorbeeld doordat we op die manier een groep patiënten kunnen bereiken die anders moeilijk in behandeling komt. Zoals patiënten met dusdanig sterke agorafobische angsten, dat ze niet naar de behandellocatie durven komen. Door de eerste sessies via beeldbellen te doen, krijgen we patiënten wellicht wel zover dat ze naar de sessies kunnen komen. En kunnen ook zij profiteren van de beschikbare effectieve behandelingen. Maar beeldbellen kan ook ingezet worden bij het coachen van patiënten bij het uitvoeren van exposure-oefeningen. Bij voorbeeld door via een iPad of ander mobiel apparaat contact te houden met een patiënt met smetvrees die als exposure-oefening de wc-bril moet aanraken zonder daarna zijn handen te wassen. Op een efficiënte manier -want: geen reistijd- kan de behandelaar zicht houden op het verloop en de uitvoering van exposure-oefeningen in de thuissituatie van de patiënt. Raakt de patiënt de wc-bril inderdaad aan? En doet hij dat met zijn hele hand, alleen met zijn vingers, of alleen met één vinger? En durft hij daarna zijn kleding aan te raken? En zijn gezicht? Of zijn hand door zijn haar te halen? Allemaal relevante zaken die je als behandelaar anders niet ziet. En die de patiënt zelf wellicht ook niet eens doorheeft. Maar ook allemaal zaken die het succes van de behandeling wel in de weg kunnen staan. Eerste onderzoeken hebben laten zien dat dit een zinvolle aanpak kan zijn (Goetter et al., 2014; Vogel et al., 2012; 2014). Ook dat willen we graag zelf onderzoeken. Maar

de techniek stond ons tot voor kort in de weg. Want de veiligheid van de beeldbelverbinding moet gegarandeerd zijn.

#### **4.4 Toevoegen van interventies uit de positieve psychotherapie**

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

Tot zover de plannen om te proberen de effectiviteit van de behandeling van angst te vergroten. Daarin kwam al een aantal keren naar voren dat ook de training van behandelaars in de toepassing van interventies volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten een rol speelt. Dat raakt aan het tweede aspect van deze bijzondere leerstoel, het hoofdopleiderschap van de post-masteropleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Daarin hoop ik samen met de hoofddocenten van de verschillende onderdelen te kunnen waarborgen dat de opleidingen volgens de meest recente inzichten vanuit de wetenschap opgeleid worden. Want psychotherapie is een kunde, geen kunst.

Daarmee sluit ik mijn rede af. Maar uiteraard niet zonder een aantal mensen te bedanken, die hebben bijgedragen aan het feit dat ik hier nu als hoogleraar sta. Te beginnen natuurlijk met diegenen die ervoor hebben gezorgd dat deze bijzondere leerstoel ingesteld werd: de Raad van Bestuur van de Parnassia Groep, het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam, en

de Benoemings Advies Commissie. Ik wil daarbij vooral Rob Koning, Wijbrand Hoek, Marc Blom, Henk van der Molen, Guus Smeets en Ingmar Franken noemen. Zij hebben vanaf het begin hun vertrouwen uitgesproken in mijn ambitie om bijzonder hoogleraar te worden en zijn nauw betrokken geweest bij het gehele proces om deze bijzondere leerstoel in te stellen.

Het lastige van dankwoorden is natuurlijk het gevaar dat je mensen vergeet. Maar toch wil ik graag een aantal mensen noemen die er aan hebben bijgedragen dat ik me op professioneel gebied dusdanig heb kunnen ontwikkelen, dat ik me uiteindelijk professor mag noemen.

Als eerste wil ik graag Kees van Wijk noemen. Als bijna wanhopige werkzoevende gaf jij me een kans om via een werkervaringsplaats bij Psychiatrisch Centrum Joris (nu GGZ Delfland) mijn droom om psycholoog te worden waar te gaan maken. En niet veel later zette je me op het spoor van onderzoek en publiceren door me mee te laten doen aan een – succesvol- onderzoek naar de behandeling van automutilatie. Met een eerste publicatie als resultaat. Dat smaakte naar meer. Dank daarvoor.

Na Joris ging ik naar HSK, waar denk ik wel de basis ligt voor waar ik nu op professioneel gebied sta. Daar heb ik geleerd dat je als behandelaar ook wetenschapper bent. En dat je dus moet doen wat werkt. En dat je ook moet meten of het werkt als jij dat wat werkt uitvoert. En dat als we nog niet weten of iets werkt, dat je het dan moet uitzoeken of het werkt. Die lessen ben ik nooit meer vergeten en hebben mijn visie op behandelen in de GGZ sterk gevormd. Maar ook heb ik in de periode dat ik daar werkte mijn eerste stappen op het gebied van management, publiceren, en lesgeven gezet. Als ik daaraan terug denk kan ik niet geloven dat dat maar vier jaar is geweest.

Twee mensen uit die tijd wil ik met naam noemen. Ten eerste Kees Hoogduin. Jij bent degene die de meeste invloed op me heeft gehad qua visie op behandeling en de GGZ. Dank daarvoor. En dank ook voor alle kansen die je gegeven hebt. Door jou heb ik zalen toegesproken over zeer uiteenlopende onderwerpen: van de vercommercialisering van de GGZ tot de waarde van cognitieve gedragstherapie bij astma en slaapapneu. Onderwerpen waar ik in sommige gevallen tot dan toe niets van wist. Ten tweede Gerda Methorst, die tot voor kort als een rode draad door mijn carrière liep. Je bent mijn baas, supervisor, mentor, stimulator, praatpaal, feedbackgever, collega en ga zo maar door, geweest. Maar bovenal ben je een gezellig en aardig mens. Dank voor alle vertrouwen en gezelligheid door de jaren heen. Ik hoop dat we nog veel gezellige momenten kennen de komende jaren.

Als behandelaar ben ik het meest gevormd door Erik ten Broeke en Ger Schurink. Zij hebben me geleerd hoe je cognitieve gedragstherapie goed uitvoert. Maar ook hoe je inspirerend lesgeeft. Zowel als behandelaar als in mijn werk als docent heb ik veel aan jullie te danken. Erik, ik hoop op nog vele gezellige etentjes. En verdere samenwerking. Beiden zijn altijd inspirerend. En soms intimiderend, want ik ken weinig mensen die meer weten van de praktische toepassing van CGT dan jij.

Op wetenschappelijk vlak wil ik vooral mijn promotoren Peter Muris en Henk van der Molen bedanken. Na jaren van publicaties over onderwerpen uit de klinische praktijk wilde ik een echte *scientist-practitioner* worden. En een promotie-onderzoek doen. Dank voor het vertrouwen dat ik vanaf het begin gevoeld heb. Jullie hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan mijn ontwikkeling als wetenschapper. Met als eindresultaat dat ik hier nu als professor mag staan.

Aan die ontwikkeling heeft ook Kim van Rossen een grote bijdrage geleverd. Op diverse vlakken ben je altijd nauw betrokken geweest bij mijn onderzoeken: als dataverzamelaar, behandelaar, co-auteur, statisticus of aanvrager van medisch-ethische toestemming. Al die vlakken zijn onmisbaar, maar niet in het minst je kennis en kunde op het gebied van statistiek. Ik hoop dat we nog lang een team blijven, te beginnen met jouw promotie-onderzoek.

Dank ook aan alle collega's die als behandelaar hebben bijgedragen aan de succesvolle therapie-effectstudies. Met een aantal van jullie heb ik een lange geschiedenis, beginnend bij HSK, via Ensis en nu PsyQ. Dank voor jullie bereidheid en enthousiasme steeds weer nieuwe therapieën te leren. En ze vervolgens met groot succes toe te passen.

Tot slot wil ik dank zeggen aan de mensen die in mijn persoonlijke leven een grote rol spelen en hebben gespeeld, mijn familie en vrienden. Zonder beiden kun je niet in je leven. Goede vrienden, jullie zijn best met veel. Ik kan jullie dus niet allemaal opnoemen, maar weet dat ik jullie zeer waardeer. Dank voor het lachen, drinken, stappen, de gezelligheid, sportiviteit, en steun wanneer nodig. Kortom: dank voor jullie vriendschap. Ik hoop nog vele mooie momenten met jullie te kennen.

Ook mijn familie en schoonfamilie zijn ruim vertegenwoordigd. Ook jullie dank voor alle steun en gezelligheid door de jaren heen. Vooral mijn vader en moeder wil ik danken. Voor alle steun die ik van jongs af aan heb gekregen van jullie. En die ik nog altijd ervaar. Dank ook voor de vrijheid die ik altijd heb gevoeld bij het kiezen van mijn eigen weg. Dat heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan wie ik nu ben.

Dan tot slot degenen die mij het meest lief zijn, Bianca, Kim en Carly. Lieve Bianca, we zijn dit jaar precies 20 jaar samen. Ik hoop dat we nog veel mooie jaren tegemoet gaan samen. Lieve Kim en Carly, wat worden jullie toch al weer groot! Maar wat is het toch –meestal- leuk jullie te zien opgroeien. En steeds meer jullie eigen weg te zien zoeken. Zoals ik al in het dank woord van mijn proefschrift schreef: jullie doen me er elke dag weer aan herinneren wat echt belangrijk is in het leven! En één van die belangrijke zaken is ontspannen op zijn tijd. Dus op naar de borrel.

Ik heb gezegd.

## Referenties

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2012). **Exposure therapy for anxiety: Principles and practice**. Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)**. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. **The British Journal of Psychiatry**, **184**(6), 526-533.
- Barlow, D. H. (2002). **Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic**. New York, NJ: The Guilford Press.
- Batelaan, N.M., De Graaf, R., Penninx, B.W.J.H., Van Balkom, A.J.L.M., Vollebergh, W.A.M., & Beekman, A.T.F. (2010a). The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. **Psychological Medicine**, **40**, 147-157.
- Batelaan, N.M., De Graaf, R., Spijker, J., Smit, J.H., Van Balkom, A.J.L.M., Vollebergh, W.A.M., et al. (2010b). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: A population-based study. **Journal of Affective Disorders**, **121**, 30-38.
- Bögels, S. (2009). Gedragsprocessen. In: Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen, M., Bögels, S., & Trijsburg, W. (red), **Leerboek psychotherapie**. Utrecht: De Tijdstroom.
- Brinkman, W. P., Vermetten, E., Van den Steen, M. M., & Neerincx, M. A. (2011). Cognitive engineering of a military multi-modal memory restructuring system. **Journal of Cybertherapy and Rehabilitation** **4** (1) **2011**, 1-27.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**, **3**(5), 415-424.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. **Behaviour Research and Therapy**, **46**, 5-27.
- Craske, M., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). The role of inhibition in exposure therapy. **Journal of Experimental Psychopathology**, **3**, 322-345.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. **Behaviour Research and Therapy**, **58**, 10-23.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **76**, 909-922.

De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). **De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.** Utrecht: Trimbos-instituut.

De Graaf, R., ten Have, M., Tuithof, M., & van Dorsselaer, S. (2013). First-incident of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. **Journal of Affective Disorders, 149**, 100-107.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. **Psychological Bulletin, 95**, 542-575.

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). **Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice.** New York/London: Routledge.

European Science Foundation, Implementation of Medical Research in Clinical Practice, 2011. [http://www.esf.org/fileadmin/Public\\_documents/Publications/Implem\\_MedReseach\\_ClinPractice.pdf](http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/Implem_MedReseach_ClinPractice.pdf) (opgevraagd juni 2016).

Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. **Psychological Medicine, 28**, 475-480.

Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In: G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), **Worry and its psychological disorders: Theory, Assessment and Treatment** (pp.359-378). Chichester: Wiley.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: A clinical significance analysis. **Behaviour Research and Therapy, 43**, 1543-1558.

Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? **The Behavior Therapist, 27**, 25-32.

Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. **Journal of Anxiety Disorders, 28**, 460-462.

Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. **Psychological Medicine, 34**, 19-35.

McNally, R. J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. **Clinical Psychology Review, 27**, 750-759.

Munk-Jørgensen, P., Blanner Kristiansen, C., Uvawke, R., Larsen, J. I., Okkels, N., Christiansen, B., & Hjorth, P. (2015). The gap between available knowledge and its use in clinical psychiatry. **Acta Psychiatrica Scandinavica, 132**(6), 441-450.

NHS Evidence (2012). **Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012.**

Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. **Clinical Psychology & Psychotherapy, 19**, 283-290.

Page, S., & Coxon, M. (2016). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: Small samples and no controls?. **Frontiers in Psychology, 7**, 1-4.

Powers, M. B., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of empirically supported treatments for anxiety disorders: Introduction to the special issue. **Journal of Anxiety Disorders, 27**, 743-744.

Ruini, C., & Fava, G. A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. **Journal of Clinical Psychology, 65**, 510-519.

Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., Penninx, B. W., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. **Journal of Affective Disorders, 147**(1), 180-185.

Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. **American Psychologist, 61**, 774.

Sinnema, H., Franx, G., & Van't Land, H. (2009). **Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ: zicht op factoren die van invloed zijn op het gebruik en maatregelen om het gebruik te stimuleren: themarapportage GGZ 2009.** Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Balkom, A.J.L.M., van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., et al., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). **Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis.** Utrecht: Trimbos-instituut.

Van den Berg, M. & van Minnen, A. (2014). EMDR en Exposure, waarom niet? **De Psycholoog, 6**, 10-19.

Van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H.T. (2012). Effectiveness of cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy. **Behaviour Research and Therapy, 50**, 100-109.

Van der Heiden, C. & Melchior, K. (2014). A 30-month follow-up of generalized anxiety disorder: Status after metacognitive therapy and intolerance of uncertainty-therapy. **European Journal for Person Centered Healthcare, 2**, 434-438.

Van der Heiden, C., van Rossen, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 9**, 24-29.

Van Dijk, M. K. (2014). **Applicability and effectiveness of the Dutch multidisciplinary guidelines for the treatment of anxiety disorders in everyday clinical practice** (Academisch proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.

Van Fenema, E., Giltay, E., Noorden, M., Hemert, A., & Zitman, F. (2015). Assessing adherence to guidelines with administrative data in psychiatric outpatients. **Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21**, 620-625.

- Van Meggelen, M., Brinkman, W. P., Franken, I., Wanmaker, S., van Schie, K., van der Heiden, C., Hartanto, D., & Geraerts, E. (2014). **A Pilot Study on the Usefulness of Virtual Reality Exposure Therapy for survivors of Childhood Sexual Abuse** (intern rapport). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E.M., Solem, S., Hansen, B., Håland, A. T., & Himle, J. A. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: a case series. **Journal of Anxiety Disorders**, **26**, 158-64.
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, A. T., Hansen, B., & Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. **Behaviour Research and Therapy**, **63**, 62-168.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, **23**, 301-320.
- World Health Organization (2005). **Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice**. Geneva: WHO.



**Colin van der Heiden is per 1 september 2015 benoemd tot bijzonder hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg bij het Department of Psychology, Education and Child Studies (DPECS) aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De leerstoel is ingesteld vanwege de Parnassia Groep.**

Angststoornissen behoren met een lifetimeprevalentie van bijna 20% tot de meest voorkomende en beperkende psychische stoornissen. Ze zijn vaak chronisch van aard en (daardoor) geassocieerd met ernstige beperkingen in zowel interpersoonlijk als beroepsmatig functioneren. De comorbiditeit hebben van angststoornissen met andere psychische klachten is hoog, vooral met andere angststoornissen en stemmingsstoornissen, maar ook met misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs.

Gelukkig bestaan er effectieve behandelingen die bij de meeste patiënten tot klachtafname leiden. Zo is duidelijk geworden uit vele effectstudies naar op exposure gebaseerde interventies voor angststoornissen, waarbij patiënten blootgesteld worden aan beangstigende situaties, gedachten of lichamelijke sensaties met als doel disfunctionele verwachtingen over het optreden van negatieve gebeurtenissen te ontcrachten. Exposuretherapie wordt dan ook beschouwd als de psychologische behandeling van eerste voorkeur, zowel in internationale als in nationale multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen. Maar ook medicamenteuze behandeling, of combinatiebehandelingen, zijn werkzaam in de behandeling van angstklachten. Goed nieuws dus. Angststoornissen zijn goed behandelbaar.

Toch worden bewezen effectieve behandelingen nog te vaak niet aan patiënten aangeboden. Maar ook als dat wel het geval is, worden ze nog te vaak niet op een goede manier aangeboden. Maar zelfs als de goede dingen goed gedaan worden, wordt niet elke patiënt met een angststoornis beter. Door patiënten vaker de behandeling van voorkeur aan te bieden en in te zetten op het adequaat uitvoeren van interventies kan winst geboekt worden bij de behandeling van angst. Maar ook door het integreren van moderne technieken als behandeling via apps, internet en beeldbellen in-, of het toevoegen van interventies gericht op het vergroten van het welbevinden en het verbeteren van het functioneren aan bestaande werkzame behandelingen voor angststoornissen.

**Erasmus University Rotterdam (EUR)**  
**Faculteit der Sociale Wetenschappen**  
Mandeville (T) Building  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam, The Netherlands  
T +31 10 408 2135  
E [vanderheiden@fsw.eur.nl](mailto:vanderheiden@fsw.eur.nl)  
W [www.eur.nl/fsw](http://www.eur.nl/fsw)

