

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/110321>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

De karakterisering van angststoornissen: stageren en profileren met gezond verstand

A. J. L. M. VAN BALKOM, D. B. OOSTERBAAN, N. BATELAAN, D. C. CATH,
G. - J. HENDRIKS, H. J. G. M. VAN MEGEN, K. SCHRUERS, J. SPIJKER,
N. VAN DER WEE, I. M. VAN VLIET

ACHTERGROND Kennis over stagering en profilering is van belang om patiënten met angststoornissen in verschillende fasen van ernst in te delen. Deze indeling bepaalt inhoud en vorm van de behandeling.

DOEL Beschrijven van mogelijkheden voor stagering en profilering bij angststoornissen.

METHODE Een literatuuronderzoek naar de stagering en profilering van angststoornissen.

RESULTATEN Wetenschappelijke gegevens over stagering en profilering van angststoornissen ontbreken vrijwel. Toch blijken klinici dagelijks vormen van stagering toe te passen bij hun beslissingen om patiënten een bepaalde behandeling toe te wijzen en de duur van die behandeling te bepalen. De gereviseerde Nederlandse richtlijnen bevatten een globale vorm van stagering. Ze zijn namelijk aan de principes van stepped care aangepast op basis van consensusbeslissingen van de richtlijncommissie.

CONCLUSIE De gereviseerde richtlijnen voor angststoornissen geven de clinicus een handvat om stagering in de dagelijkse praktijk toe te passen. Vanwege het ontbreken van wetenschappelijke gegevens stellen wij een onderzoeksagenda voor.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)11, 935-940]

TREFWOORDEN angststoornissen, profilering, stagering

In dit artikel gaan wij in op stagering en profilering van angststoornissen zoals die worden onderscheiden in de DSM-IV. Het gebruik van deze termen in de klinische praktijk van de psychiater is nieuw. Het proces van stagering en profilering is dat echter niet: dagelijks besluiten klinici op basis van de individuele kenmerken van de patiënt welke behandeling bij hem of haar het meest in aanmerking komt.

In dit artikel reserveren wij de term 'stagering' om verschillen in ernst van angststoornissen in verschillende fasen in te delen. De term 'profilering' gebruiken we om binnen deze fasen aan te geven of specifieke kenmerken van patiënten

samenhangen met verschillende prognoses, en of bepaalde behandelingmethoden bij subgroepen effectiever zijn dan andere. De structuurdiagnose, die naast de classificatie volgens het DSM-systeem wordt gebruikt, omvat stagerings- en profileringsskenmerken *avant la lettre*: etiologische overwegingen, beloopgegevens, voorgeschiedenis, familiale belasting, comorbiditeit en reacties op eerder ingestelde behandelingen.

Dat stagering en profilering nieuw zijn op het gebied van de angststoornissen blijkt uit het geheel ontbreken van wetenschappelijke gegevens op dit gebied. Niet alleen levert een literatuuronderzoek in PubMed met de zoektermen 'anxiety

disorders' en 'staging' of 'profiling' geen enkele resultaat op, ook recente handboeken (Sookman & Leahy 2010) nemen deze termen niet op in hun register. Wel is tweemaal een poging gedaan om op basis van consensus tot een stageringsvoorstel voor angststoornissen te komen (Fava e.a. 2008; Shear e.a. 2007).

In dit artikel gaan we in op de wijze waarop klinici dagelijks hun patiënten met angststoornissen 'stageren' en zo tot behandelbeslissingen komen. Vervolgens lichten we aan de hand van de structuur van onze richtlijnen toe hoe staging kan plaatsvinden. Daarna bespreken we een stageringsvoorstel (Fava e.a. 2008; Shear e.a. 2007) en gaan we in op profilering van patiënten met angststoornissen. Tot slot formuleren we een onderzoeksagenda.

STAGERING

Stageren met gezond verstand in de dagelijkse praktijk

In veel ggz-instellingen vindt intakeoverleg plaats, waarbij het behandelplan van een bepaalde patiënt besproken wordt op basis van de verrichte diagnostiek. In dit overleg wegen klinici hun behandelvoorstellen op basis van verzamelde klinische gegevens, zoals voorgeschiedenis, familieanamnese, comorbiditeit en het effect van eventuele eerdere behandelingen. Probleem bij deze 'stagering' is dat de beslissing om wel, niet, of anders te behandelen niet genomen wordt op basis van wetenschappelijke inzichten. Hierdoor krijgen patiënten niet altijd de optimale behandeling.

Stagering in richtlijnen

In de eerste versie van de richtlijn Angststoornissen uit 2003 maakten behandelaar en patiënt een keuze uit een psychotherapeutisch en een medicamenteus behandelalgoritme. In deze algoritmes werden suggesties gedaan hoe in de klinische praktijk te handelen bij non-respons. De volgorde van de behandelingen in deze algoritmes was niet wetenschappelijk geëvalueerd en dus

'consensus-based' (van Balkom & Oosterbaan 2008).

Bij de eerste revisie van de richtlijn Angststoornissen kreeg de richtlijncommissie de opdracht de richtlijnen aan de principes van *stepped care* aan te passen om zo de stappenvolgorde van een aantal interventies uit de oorspronkelijke richtlijn expliciet te maken. De richtlijncommissie ontwierp algoritmes voor lichte en ernstige angststoornissen.

De eerste stap bij interventies bij lichte aandoeningen bestaat uit korte en minimale vormen van behandeling, zoals e-health en zelfhulp, vaak simpele interventies op basis van cognitieve gedragstherapie (CGT). Bij non-respons op dit type interventies adviseert de commissie te starten met CGT die face to face wordt gegeven. Bij ernstige aandoeningen is het advies om direct te beginnen met deze vorm van CGT, terwijl een medicamenteuze behandeling gereserveerd blijft voor patiënten met ernstige angststoornissen en comorbiditeit met depressie (www.ggzrichtlijnen.nl; Spijker e.a. 2010).

Wanneer een patiënt zich met angstklachten meldt, zal de clinicus bepalen welk algoritme van toepassing is (licht of ernstig) en daarna binnen dat algoritme de plaats bepalen waar wordt ingestapt. Dit laatste is afhankelijk van het soort en het aantal eerdere behandelingen. Ook bestaat staging op basis van non-respons: bij het ontbreken van een reactie op medicatie én CGT is de volgende stap het intensiveren van de behandelmodules tot deeltijdbehandeling en tot klinische behandelingen, waarna men bij herhaalde non-respons overgaat tot rehabilitatie.

Een stageringsvoorstel op basis van ernst, duur en beloop

Een stageringsvoorstel voor angststoornissen dat ontleend is aan andere specialismen in de geneeskunde is een simpele driedeling in ernst:

- subsyndromale fase (stadium 1);
- ongecompliceerde syndromale fase (stadium 2);
- gecompliceerde syndromale fase (stadium 3).

Voor alle drie de stadia geldt dat een gunstig of een ongunstig beloop mogelijk is. Uit onderzoek blijkt dat de kans op een gunstig beloop kleiner wordt met het verder doorlopen van het stageringsmodel. De patiënt kan bij een ongunstig beloop chronische klachten krijgen binnen dezelfde stadium, bijvoorbeeld in stadium 1 chronische, subsyndromale klachten of in stadium 2 chronische ongecompliceerde angststoornis. Ook is mogelijk dat de patiënt bij een ongunstig beloop in het volgende stadium terechtkomt: zo kunnen subsyndromale klachten in stadium 1 overgaan in ongecompliceerde angststoornis in stadium 2; of ongecompliceerde angststoornis in stadium 2 gaat over in gecompliceerde angststoornis in stadium 3. Bij deze drie stadia horen evidence-based behandelingen (zie tabel 1).

In de klinische praktijk blijkt dat bij een subgroep patiënten in stadium 2 en stadium 3 die onvoldoende profiteren van evidence-based behandelingen, zich complicerende comorbide syndromen ontwikkelen, zoals comorbide angststoornissen, middelenafhankelijkheid en/of stemmingsstoornis. De behandelaar gaat over op een combinatie van antidepressiva met CGT, probeert het effect van ingestelde behandelingen te vergroten door aanvullende behandelingen toe te voegen en later behandelingen te intensiveren. Wanneer angstklachten persisteren, blijkt dat ze bij een deel van de patiënten ernstiger en grilliger worden. Behandelaars streven na de latere stappen van het algoritme vaak niet meer naar remissie of respons van de klachten, maar passen rehabilitatie toe, waarbij de patiënt leert op een zo goed mogelijke manier te functioneren met zijn angsten. Wanneer we het

TABEL 1 Voorstel voor een stageringsmodel bij angststoornissen (naar: Fava e.a. 2008; Shear e.a. 2007)

1	Subklinische angstsyndromen, paniekaanvallen: er is een vermindering van sociaal functioneren door angstklachten, die 'subsyndroomaal' en ongecompliceerd zijn. Aanwezigheid van 'angst voor ziekte', 'angstgevoeligheid' (anxiety sensitivity) en afhankelijke persoonlijkheidstrekken
	Behandeling: evidence-based methoden: preventieve behandeling ter voorkóming van een angstsyndroom (Meulenbeek e.a. 2010)
1a	Met gunstig beloop: klachten verdwijnen, er ontstaat geen angststoornis
1b	Met ongunstig beloop: klachten worden chronisch in stadium 1
1c	Met ongunstig beloop: klachten verergeren en gaan over in stadium 2
2	Ongecompliceerde angststoornissen: de aanwezige angstklachten passen in één angstsyndroom
	Behandeling: evidence-based methoden: basisinterventies en kortdurende CGT
2a	Met gunstig beloop: klachten verdwijnen, angststoornis gaat in remissie
2b	Met ongunstig beloop: klachten worden chronisch in stadium 2
2c	Met ongunstig beloop: klachten verergeren en gaan over in stadium 3
3	Gecompliceerde angststoornissen: de angstklachten breiden zich uit en passen daardoor in verschillende angstsyndromen
	Behandeling: evidence-based methoden: CGT, antidepressiva en bij non-respons, al dan niet met combinatiebehandelingen
3a	Met gunstig beloop: klachten verdwijnen, angststoornis wordt minder ernstig of gaat in remissie
3b	Met ongunstig beloop: klachten worden chronisch in stadium 3
3c	Met ongunstig beloop: klachten verergeren en gaan over in stadium 4
4	Comorbide gecompliceerde angststoornissen: naast de verschillende angstsyndromen ontstaat comorbiditeit met middelenafhankelijkheid of stemmingsstoornissen
	Geen andere specifieke evidence-based methoden dan genoemd onder 3. De angstklachten worden behandeld met CGT, antidepressiva en combinatiebehandelingen. De behandelingen worden geïntensiveerd (deelklinisch en klinisch) en uiteindelijk kan rehabilitatie worden toegepast. De middelenafhankelijkheid door gerichte bestaande interventies, zoals leefstijlverbeteringen (Schadé e.a. 2005)

beschreven driefasemodel uitbreiden met de genoemde beloopgegevens die ontleend zijn aan de klinische praktijk, ontstaat een vierfasemodel (zie tabel 1).

PROFILERING NU AL MOGELIJK?

Er is bij angststoornissen veel onderzoek verricht naar voorspellers van behandelresultaten. Zo brachten Foa en Emmelkamp al in 1983 het boek *Failures in behavior therapy* uit en Roth en Fonagy publiceerden *What works for whom?* in 2006. Bij de groep angststoornissen lijkt relevant van welk type angststoornis er sprake is. Hierbij kunnen we globaal drie groepen onderscheiden: de obsessieve-compulsieve stoornis, de groep stressstoornissen en de groep die bestaat uit de paniekstoornis, de gegeneraliseerde angststoornis en de fobieën.

Naast type angststoornis zijn ernst en uitgebreidheid van de symptomen, zoals de aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis, voorspellend voor non-respons (bijv. Slaap e.a. 1996). Ook motivatie voor behandeling speelt een belangrijke rol: een derde van de patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis maakt de behandeling niet af door gebrek aan motivatie, terwijl er nog forse restklachten zijn. Dit terwijl degenen die de behandeling wel afmaken klinisch relevante vorderingen laten zien (Tenney e.a. 2005). De invloed van de voorkeur van de patiënt voor een van de behandelmogelijkheden en het effect van de voorgeschiedenis op het behandelresultaat lijken klinisch van belang, maar zijn niet eerder onderzocht als factor voor profilering.

Een probleem bij de interpretatie van het onderzoek naar voorspellers van het resultaat van behandeling is dat de bevindingen elkaar vaak tegenspreken. Dat komt omdat veel onderzoek is uitgevoerd in relatief kleine onderzoeksgroepen, waardoor ideosyncratische karakteristieken van de onderzochte groep de resultaten bepalen. Verder is veel predictieonderzoek verricht bij groepen patiënten die geselecteerd waren voor een ander doel, zoals een gerandomiseerde gecontroleerde trial; daardoor zijn bepaalde symptomen niet in de

onderzochte patiëntengroep aanwezig (Kempe e.a. 2007). Predictiestudies vinden vaak plaats binnen één behandelmodaliteit, waardoor onbekend blijft bij welk type patiënt CGT of medicatie effectiever is.

Een uitzondering is het onderzoek dat Dusseldorp e.a. (2007) deden bij een groep patiënten met paniekstoornis met agorafobie die behandeld werden met een antidepressivum of cognitieve therapie. Uit de resultaten bleek dat *locus of control* een goede klinisch bruikbare voorspeller van effect was: bij patiënten met een externe locus of control was medicatie superieur, terwijl een interne locus of control beter effect voorspelde bij de psychotherapie.

In hun stageringsmodel voor angststoornissen hebben Shear e.a. (2007) een paar voorstellen gedaan voor profilering. Deze bestaat uit een verdere karakterisering van de specifieke symptomen van de patiënt voor zover men verwacht dat deze invloed hebben op de matching aan de verschillende behandelmethoden. Shear e.a. (2007) noemen in dit kader: de aanwezigheid van paniekaanvallen, anticipatieangst en actief of passief vermijdingsgedrag.

VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEKSAGENDA

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat wetenschappelijke gegevens over stagering en profilering zeer beperkt beschikbaar zijn, waardoor een evidence-based stagering nu onmogelijk is. Gegevens die verkregen zijn uit longitudinaal onderzoek met grote groepen patiënten zijn nodig om een zinvolle indeling in fases mogelijk te maken die een voldoende voorspellende waarde heeft voor de te kiezen behandeling. In dat kader zal het nodig zijn om aanvaarde definities te formuleren voor 'respons' en 'remissie'.

Een probleem bij het toewijzen van bepaalde behandelingen aan verschillende fases is dat men bij CGT relatief weinig variatie kan aanbrengen wanneer een eerste behandeling niet effectief was. Behalve de mate van geïnvolvement van de behandelaar en intensivering van het aantal zit-

tingen per tijdseenheid, bestaat maar een klein aantal modificaties voor non-respons op de therapie. Bij antidepressiva bestaan meer keuzemogelijkheden, maar het is onduidelijk of de gevolgde algoritmes wel de effectiefste zijn.

Er bestaan nog veel fundamentele en patiëntgerelateerde onderzoeksvragen die we moeten beantwoorden, willen we onze patiënten een meer op maat gesneden behandeling kunnen geven. Het is van belang te weten of het aantal eerdere episodes, de duur van de stoornis en familiale belasting van belang zijn voor de keuze van de behandeling. Klinisch, (neuro)psychologisch en neurobiologisch onderzoek moet opheldering geven door welke oorzaken sommige patiënten therapieresistent worden en een infauste prognose hebben. Op basis van de resultaten daarvan kunnen staging en profilering bij angststoornissen in de klinische praktijk evidence-based worden ingezet, hetgeen onze patiënten ten goede zal komen.

LITERATUUR

- Balkom AJLM van, Oosterbaan D. Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk? Tijdschr Psychiatr 2008; 50: 323-8.
- Dusseldorp E, Spinhoven P, Bakker A, van Dyck R, van Balkom AJLM. Which panic disorder patients benefit from which treatment: cognitive therapy or antidepressants? Psychother Psychosom 2007; 76: 154-61.
- Fava GA, Rafanelli C, Tossani E, Grandi S. Agoraphobia is a disease: A tribute to Sir Martin Roth. Psychother Psychosom 2008; 77: 133-8.
- Foa E, Emmelkamp PGM, red. Failures in behavior therapy. New York: Wiley, 1983.
- Kempe PT, van Oppen P, de Haan E, Twisk JW, Sluis A, Smit JH, van Dyck R, van Balkom AJ. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder: logistic regression versus Cox regression for recurrent events. Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 201-10.
- Meulenbeek P, Willemsse G, Smit F, van Balkom A, Spinhoven P, Cuijpers P. Early intervention in panic: pragmatic randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010; 196: 326-31.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom? (2e druk). New York: Guilford; 2006.
- Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJLM, Koeter MW, de Beurs E, van den Brink W, e.a. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. Alcohol Clin Exp Res 2005; 29: 794-800.
- Tenney N, van Megen HJGM, Denys D, van der Wee N, Westenberg HGM. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug Treatment. J Clin Psychiatry 2005; 66: 1169-75.
- Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, Gloster AT, Wittchen H-U. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16(S1): S52-S64.
- Slaap BR, van Vliet IM, Westenberg HGM, den Boer JA. MHPG and heart rate as correlates of nonresponse to drug therapy in panic disorder patients. Psychopharmacol 1996; 127: 353-8.
- Sookman D, Leahy RL (Red.) Treatment resistant anxiety disorders. New York: Routledge; 2010.
- Spijker J, van Vliet IM, Meeuwissen JAC, van Balkom AJLM. Herziening van de multidisciplinaire richtlijnen angst en depressie. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 715-18.

AUTEURS

TON VAN BALKOM, psychiater en hoogleraar Evidence-based Psychiatrie, afd. Psychiatrie en EMGO⁺ Instituut, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

DÉSIRÉE OOSTERBAAN, psychiater, afd. Psychiatrie UMC St. Radboud en Overwaal Centrum voor Angststoornissen, Nijmegen.

NEELTJE BATELAAN, psychiater, afd. Psychiatrie en EMGO⁺ Instituut, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

DANIELLE CATH, psychiater, programmavoorzitter angst Altrecht & universitair hoofddocent vakgroep Klinische en Gezondheidspsychologie universiteit Utrecht.

GERT-JAN HENDRIKS, psychiater, afd. Psychiatrie, UMC St. Radboud, Nijmegen; Overwaal Centrum voor Angststoornissen, Nijmegen en Behavioral Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

HAROLD VAN MEGEN, psychiater, opleider psychiatrie, hoofd angst- en dwangstoornisonderzoek, Innova GGZ Centraal, Ermelo.

KOEN SCHRUIERS, psychiater, universitair hoofddocent, vakgroep psychiatrie, Universiteit Maastricht en Hoofd Academisch Angstcentrum, PsyQ Maastricht/Heerlen.

JAN SPIJKER, psychiater, Pro Persona Academisch Psychiatrisch Behandelcentrum Volwassenen, Nijmegen, en bijzonder hoogleraar Chronische Depressie, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen.

NICK VAN DER WEE, psychiater, afd. Psychiatrie. LUMC, Leiden.

IRENE VAN VLIET, psychiater, afd. Psychiatrie. LUMC, Leiden.

Correspondentieadres: prof. dr. Ton van Balkom, GGZ inGeest, afd. Psychiatrie VUmc, A.J. Ernststraat 1187, 1081 HL Amsterdam.

E-mail: t.vanbalkom@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-4-2012.

SUMMARY

The characterisation of anxiety disorders: staging and profiling based on common sense – A.J.L.M. van Balkom, D.B. Oosterbaan, N. Batelaan, D.C. Cath, G.-J. Hendriks, H.J.G.M. van Megen, K. Schruers, J. Spijker, N. van der Wee, I.M. van Vliet –

BACKGROUND Clinicians need to be well informed about staging and profiling so that they can divide patients with anxiety disorders into groups according to the phase and severity of their illness. The group to which the patient is assigned determines the types of treatment he or she receives.

AIM To investigate ways in which clinicians can be helped to apply staging and profiling procedures to patients with anxiety disorders.

METHOD We searched the literature for articles about the staging and profiling of anxiety disorders.

RESULTS There seems to be practically no literature relating to the staging and profiling of anxiety disorders. However, in daily practice clinicians do attempt to classify their patients and use forms of staging when deciding on special types of treatment for their patients and when assessing the length of treatment required. The revised Dutch guidelines on anxiety disorders include a generalised form of staging, called ‘stepped care’. These revisions have been made on the basis of consensus decisions reached by the guideline committee.

CONCLUSION The revised guidelines on anxiety disorders assist clinicians with the application of staging in their daily practice. However, because of the lack of scientific data, our article closes with the presentation of a research agenda.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)11, 935-940]

KEY WORDS anxiety disorders, profiling, staging