

Colin van der Heiden

Metacognitieve therapie bij gegeneraliseerde angst



Bohn
Stafleu
van Loghum

Metacognitieve therapie bij gegeneraliseerde angst

Website

In de oorspronkelijke uitgave van *Metacognitieve therapie bij gegeneraliseerde angst* was een cd-rom toegevoegd met aanvullend digitaal materiaal. Vanaf deze editie is echter al dit aanvullende materiaal vindbaar op: <http://extras.springer.com>

Vul op deze website in het zoekveld Search ISBN het ISBN van het boek in:

978-90-313-5311-8

Let op: het is belangrijk om precies deze schrijfwijze aan te houden, dus met tussenstreepjes.

Overal waar in deze uitgave verwezen wordt naar de cd-rom, wordt bovenstaande website extras.springer.com bedoeld.

Dit boek, *Metacognitieve therapie bij gegeneraliseerde angst*, is onderdeel van de reeks *Protocolen voor de GGZ*.

Bij deze titel is tevens het werkboek voor cliënten te bestellen: *Stop met piekeren. Werkboek voor de cliënt*.

Serie Protocolen voor de GGZ

De boeken in de reeks *Protocolen voor de GGZ* geven een sessie-gewijze omschrijving van de behandeling van een specifieke psychische aandoening weer. De theorie is beknopt en gestoeld op wetenschappelijke evidentie voor zover deze bekend is.

Protocolen voor de GGZ is bedoeld voor psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en andere hulpverleners.

Al verschenen in deze serie is: *Preventieve cognitieve therapie bij terugkerende depressie* met het bijbehorend werkboek *Niet meer depressief*.

Bestellen:

De boeken zijn te bestellen via de boekhandel of rechtstreeks via de webwinkel van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum: www.bsl.nl

Redactie

Dr. Claudi Bockting, klinisch psycholoog, psychotherapeut en gedragstherapeut, universitair hoofddocent klinische psychologie, Rijksuniversiteit Groningen

Dr. Mascha ten Doesschate, psychiater Mentrum en onderzoeker Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Prof.dr. Chijs van Nieuwenhuizen, bijzonder hoogleraar forensische geestelijke gezondheidszorg, coördinator behandeling & onderzoek, forensische jeugdpsychiatrische kliniek De Catamaran, Eindhoven

Drs. Willemijn Scholten, psychotherapeut en gedragstherapeut, GGZinGeest, Amsterdam

Metacognitieve therapie bij gegeneraliseerde angst

Colin van der Heiden



Bohn Stafleu van Loghum
Houten 2009

© 2009 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 313 5311 8

NUR 777

Ontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Ontwerp binnenwerk: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Pre Press Media Groep, Zeist

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud

Voorwoord	7
FASE I UITLEG RATIONALE EN IDENTIFICEREN VAN METACOGNITIES	15
Sessie 1	17
Sessie 2	25
Sessie 3	30
FASE II ONDERZOEKEN EN WIJZIGEN VAN NEGATIEVE METACOGNITIES	33
Sessie 4	35
Sessie 5	39
Sessie 6	43
Sessie 7	46
Sessie 8	51
FASE III ONDERZOEKEN EN WIJZIGEN VAN POSITIEVE METACOGNITIES	59
Sessie 9	61
Sessie 10	67
Sessie 11	71

FASE IV OEFENEN MET ALTERNATIEVE MANIEREN VAN INFORMATIEVER- WERKING	75
Sessie 12	77
Sessie 13	82
Sessie 14	85
Literatuur	87
Bijlagen	89
Overzicht behandelprotocol	103
Over de auteur	111
Toelichting op de dvd	112

Voorwoord

Het hier beschreven protocol kan gebruikt worden door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, die cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) behandelen. Om het protocol goed uit te kunnen voeren, is basiskennis van cognitieve gedragstherapie (CGT) vereist. Ook is het aan te bevelen u verder te verdiepen in de metacognitieve theorie¹, waarop de in dit protocol beschreven behandeling gebaseerd is.

Metacognitieve therapie (MCT) is speciaal ontwikkeld voor cliënten met een GAS. In tegenstelling tot standaard CGT-programma's voor de GAS richt MCT zich niet op het onderzoeken van de inhoud van het piekeren en daarmee de inhoudelijke verandering van de gedachten, maar op de manier waarop mensen over hun gepieker denken. Deze opvattingen over het piekeren, de metacognities, worden beschouwd als belangrijke factoren in de ontwikkeling en de instandhouding van de angst en bezorgdheid. Om de stoornis effectief te behandelen worden de interventies gericht op die factoren, in plaats van op de inhoud van het piekeren.

De effectiviteit van MCT is nog maar beperkt onderzocht. De resultaten zijn echter hoopgevend. In een eerste open studie onder tien GAS-clieënten konden zeven van de acht completers (88%) aan het einde van de behandeling als hersteld worden aangemerkt, gemeten met een angstdispositieschaal (Wells & King, 2006). Bij follow-up na een jaar gold dit nog altijd voor 75%, aanzienlijk hoger dan de resultaten van algemene CGT (Fisher, 2006). In een tweede studie, wederom met tien GAS-clieënten per conditie, werd MCT vergeleken met *applied relaxation* (AR). MCT bleek aanzienlijk effectiever; 80% van de cliënten kon bij ontslag als hersteld aangemerkt worden op zowel een angstdispositieschaal als een piekervragenlijst, terwijl 10 respectievelijk 20% als verbeterd aangemerkt kon worden. In de AR-groep voldeed bij ontslag

1 Zie bijvoorbeeld Van der Heiden, Poppe, De Stigter & Stolk (2007) of Wells (2006).

op beide maten slechts 10% aan de criteria voor klinisch relevant herstel. Bij follow-up bedroeg het herstelpercentage op de angstdispositieschaal 70%, terwijl op de piekervragenlijst nog altijd 80% aan de criteria voor klinisch herstel voldeed. In de AR-groep bedroegen de percentages respectievelijk 29 en 17 (Wells, Welford, King e.a., in voorbereiding; zie ook Fisher, 2006). In een nog lopend onderzoek blijkt uit voorlopige resultaten dat na MCT 88% van de 45 deelnemende GAS-cliënten niet langer aan de DSM-IV-TR-criteria voor de GAS (APA, 2000) voldoet, terwijl 71% na afloop van de behandeling als hersteld aangemerkt kon worden (Van der Heiden, 2008). Bij follow-up na een halfjaar bleken deze resultaten behouden te zijn gebleven. MCT lijkt dus een veelbelovende behandeling voor cliënten met een GAS.

Twee typen piekeren

In het MCT-model (zie figuur 1) worden twee typen gepieker onderscheiden, die verschillen qua inhoud en functie. Type 1-gepieker omvat de inhoudelijke zorgen over allerlei externe en interne gebeurtenissen, type 2-gepieker heeft betrekking op het piekeren zelf ('piekeren over het piekeren'). Type 1-gepieker wordt gekenmerkt door een aaneenschakeling van 'wat als'-gedachten en wordt beschouwd als een poging oplossingen te vinden voor de zorgelijke situatie, of manieren te bedenken ermee om te gaan. Het gepieker gaat door totdat men afgeleid wordt of totdat het 'gevoel de situatie aan te kunnen' bereikt is. Doordat de aanvankelijke angst, die de 'wat als'-gedachten oproept, afneemt, wordt het gepieker negatief bekrachtigd. Het gepieker kan als helpend of zinvol gezien gaan worden. Positieve opvattingen als 'door te piekeren kan ik negatieve gebeurtenissen voorkomen' of 'piekeren helpt me voorbereid te zijn op mogelijke problemen' worden gevormd en opgeslagen in het geheugen. Bij nieuwe 'dreiging' worden de positieve opvattingen geactiveerd, wat leidt tot piekeren als strategie om het geanticipeerde gevaar het hoofd te bieden. Doordat de gevreesde 'rampen' vaak niet uitkomen, wordt het piekeren telkens weer negatief bekrachtigd en worden de positieve metacognities versterkt. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel waarin bij dreigend gevaar op basis van de geactiveerde positieve metacognities piekeren als copingstrategie wordt ingezet.

Dit proces is op zich nog niet problematisch. Maar het kan er wel toe bijdragen dat het gepieker een probleem wordt. Want de kenmerkende 'wat als'-denkstijl leidt tot het genereren van steeds meer mogelijke negatieve uitkomsten van mogelijke dreigende situaties. Elke bedachte

negatieve uitkomst of situatie kan weer onderwerp zijn van nieuw gepieker, waardoor het piekeren uit de hand loopt. Het piekeren zelf kan daardoor als negatief gezien gaan worden. Men krijgt er klachten van, de stemming wordt er negatief door beïnvloed en pogingen te stoppen met het gepieker mislukken vaak. Dat kan weer leiden tot de angst dat je 'iets kunt krijgen' van het onbeheersbare gepieker. Bijvoorbeeld dat je er gek van wordt of dat je het ervan aan je hart krijgt. Deze negatieve kennis over de onbeheersbaarheid en het gevaar van piekeren worden aangeduid als negatieve metacognities. Zij vormen de reden dat iemand behandeling zoekt. Negatieve metacognities kunnen ook gevormd worden, of versterkt worden, als nieuwe informatie over piekeren verkregen wordt. Als bijvoorbeeld een ouder die ook veel piekerde plots hartklachten krijgt, kan de piekeraar een relatie leggen tussen gepieker en hartklachten. Door de angst die dit oproept zal de piekeraar proberen het piekeren te stoppen. Als dat niet lukt, wordt de onbeheersbaarheid van het gepieker bevestigd, wat de angst voor hartklachten als gevolg van het aanhoudende gepieker zal versterken. Dit zal aanzetten tot hernieuwde pogingen het gepieker te doorbreken, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Hetzelfde kan gebeuren als de piekeraar in een levensfase komt die meer verantwoordelijkheid met zich meebrengt, zoals de overgang van de adolescentie naar het volwassen leven. GAS ontstaat dan ook vaak tussen het einde van de tienerjaren en het 30e levensjaar (Holaway, Rodebaugh & Heimberg, 2006). Er is dan meer om over te piekeren, waardoor het gepieker uit de hand loopt.

Als deze negatieve opvattingen over het piekeren geactiveerd worden, ontstaat gepieker over het piekeren zelf (type 2-gepieker, ook wel als metagepieker aangeduid). Overigens verschillen de negatieve metacognities en metagepieker wat betreft inhoud niet of nauwelijks. Het verschil is vooral theoretisch; met metacognities wordt permanent aanwezige kennis over piekeren bedoeld, metagepieker verwijst naar de actuele zorgen over het gepieker die door het hoofd spelen in een uit de hand gelopen piekerperiode.

Het metagepieker heeft verschillende gevolgen, die in figuur 1 met wederkerige lijnen worden aangegeven. Ten eerste versterken de zorgen over het gepieker gevoelens van angst, die op hun beurt als bevestiging voor de onbeheersbaarheid en/of het gevaar van piekeren gezien kunnen worden ('oh jee, nu verlies ik echt de controle' of 'zie je wel, ik krijg een hartaanval'). Ook kan de angst opgevat worden als teken dat men niet goed met de situatie omgaat, wat de behoefte versterkt om door te gaan met piekeren (op basis van de ook aanwezige positieve opvattingen over piekeren) totdat het 'gevoel' bereikt