

Psychotherapie bij angst- en dwangstoornissen

Doel en aanpak van deze factsheet

Deze factsheet is opgesteld om informatie over psychotherapie bij volwassenen met een angst- of dwangstoornis te geven. Het gaat om de paniekstoornis, agorafobie, de sociale angststoornis, de gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobieën, de obsessieve compulsieve stoornis (OCS, of dwangstoornis) en de morfodysfore stoornis (stoornis in de lichaamsbeleving).^a

Uitgangspunten voor deze factsheet zijn de laatste versie van de [Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen](#) (2013) en de [Zorgstandaard Angststoornissen](#) (2017) aangevuld met gegevens waarvoor bewijs is gevonden in meta-analyses (tot begin 2020), dat wil zeggen in onderzoek waarin de gegevens uit meerdere onderzoeken zijn samengenomen.

Effectiviteit van psychotherapieën voor angst- en dwangstoornissen

* Voor alle hier beschreven angst- en dwangstoornissen geldt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief is.¹⁻⁸ CGT is bij deze stoornissen het meest onderzocht en lijkt over het algemeen effectiever dan andere psychotherapieën.^{1, 5}

* Voor de paniekstoornis, sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis is in meta-analyses gevonden dat kortdurende

psychodynamische psychotherapie, mindfulness en acceptatie en commitment therapie effectief kunnen zijn.^{1, 5, 7}

* Voor de specifieke fobie is virtual reality een effectieve behandelmethode. Dit bestaat uit het virtueel oefenen met lastige situaties.⁶

* Onderzoek naar de effectiviteit van EMDR voor angststoornissen is schaars. Er is nog geen meta-analyse over EMDR voor dwangstoornissen. EMDR blijkt voor sommige angststoornissen effectiever dan geen therapie⁹ maar de gevonden effecten lijken kleiner dan die van CGT en kortdurende psychodynamische psychotherapie.⁵

* Het percentage mensen dat aanzienlijk opgeknapt of volledig hersteld is na afronding van een bewezen effectieve psychotherapie voor een angst- of dwangstoornis, verschilt per stoornis. De laagste percentages zien we onder mensen met een morfodysfore stoornis (20% volledig hersteld, 46% aanzienlijk opgeknapt³) en de hoogste onder mensen met een paniekstoornis (61% volledig hersteld, 80% aanzienlijk opgeknapt¹).

* Het is onbekend of psychotherapie voor angst- en dwangstoornissen ook negatieve effecten heeft. Dit is niet systematisch onderzocht. Psychotherapie in het algemeen kan bij naar schatting tussen 5-0% van patiënten leiden tot langer durende negatieve effecten zoals toename van huidige klachten of het ontstaan van nieuwe klachten of problemen. Om negatieve effecten te

^a Informatie over psychotherapie voor de separatie angststoornis, selectief mutisme en andere aan OCS gerelateerde stoornissen (verzamelstoornis,

haaruittrekstoornis en huidpulkstoornis) is zeer schaars en wordt daarom niet beschreven.

voorkomen lijkt een duidelijk behandelplan voorafgaand aan de behandeling en regelmatig evalueren van behandelingseffect en patiënttevredenheid belangrijk.¹⁰

Psychotherapie of medicijnen of allebei?

* Voor alle angst- en dwangstoornissen geldt dat zowel CGT als antidepressiva effectief zijn (zie ook [Factsheet Gebruik antidepressiva bij angst- en dwangstoornissen](#)), bij de specifieke fobie is het effect van medicatie vrijwel niet onderzocht. Bij de gegeneraliseerde angststoornis en OCS lijkt CGT mogelijk effectiever dan antidepressiva.^{8, 11}

* Voor de langere termijn moet worden meegewogen dat als men stopt met het antidepressivum, dat ongeveer 1 op de 3 mensen binnen een jaar een terugval in de angststoornis krijgt.¹² In de richtlijnen wordt daarom geadviseerd te starten met cognitieve gedragstherapie, tenzij er redenen zijn om dit niet te doen.

* Redenen voor het starten met antidepressiva zijn bijvoorbeeld een ernstige depressie, een voorkeur voor medicatie, of als het toepassen van CGT niet haalbaar is door bijvoorbeeld de ernst van de angststoornis.

* Keuze tussen CGT alleen of het toevoegen van antidepressiva: Het combineren van CGT en antidepressiva is effectief. Of het toevoegen van antidepressiva aan CGT meer effect oplevert dan wanneer alleen CGT wordt toegepast, is weinig onderzocht. Soms zijn de effecten klein en kortdurend (paniekstoornis), en er worden ook tegenstrijdige resultaten gerapporteerd (sociale angststoornis).⁸ Het advies is combinatiebehandeling alleen toe te passen als therapie met CGT onvoldoende effectief is, of te continueren als er reeds vanwege een depressie met antidepressiva is gestart. Het combineren van beide behandelvormen vereist afstemming tussen de betrokken behandelaren; bij voorkeur wordt niet met twee behandelingen tegelijk gestart.

Psychotherapie in een groep, individueel of als E-health

* CGT groepsbehandelingen voor angst- en dwangstoornissen blijkt effectiever dan geen therapie. In de meeste studies is het gevonden effect ervan even groot als dat van individuele

CGT, maar soms iets kleiner.^{4, 5, 13} Meta-analyses over directe vergelijking tussen individuele psychotherapie en groepspsychotherapie zijn echter schaars. Individuele CGT voor de sociale angststoornis en voor OCS zijn direct vergeleken met groeps CGT, er werd geen verschil gevonden.^{14, 15}

* E-health zelfhulp op basis van CGT principes is effectiever dan geen therapie,⁵ maar het is effectiever in combinatie met online of face to face CGT geboden door een therapeut (blended CGT).¹⁶ Het effect van blended CGT blijkt vaak even groot als dat van alleen face to face CGT.^[17]

Wanneer starten met psychotherapie voor een angst- of dwangstoornis?

* Eerste stappen in de aanpak van een angst- of dwangstoornis zijn altijd: goede uitleg over de aandoening, aanpassingen gericht op een gezonde leefstijl en activering, en het tegengaan van vermijding van beangstigende situaties (zie hiervoor ook [Zorgstandaard Angststoornissen](#)).

* De keuze om daarna te starten met psychotherapie voor een angst- of dwangstoornis kan het best gemaakt worden na gezamenlijk overleg over verschillende opties tussen behandelaar, patiënt en desgewenst een belangrijke naaste.

Wanneer stoppen met psychotherapie voor een angst- of dwangstoornis?

* De meeste onderzochte psychotherapieën voor angst- en dwangstoornissen duren 16-20 sessies. Er bestaat onvoldoende onderzoek naar de optimale duur van therapie. Tussentijds evalueren (na maximaal 12 weken) verdient aanbeveling. Als iemand na 16-20 sessies niet of niet genoeg is opgeknapt, kan switchen naar een andere vorm van psychotherapie of een medicamenteuze behandeling overwogen worden. Ook is langer doorgaan een optie zolang er klinische verbetering is en er ook op een relevante vragenlijst nog steeds vooruitgang zichtbaar is (zie ook [Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2013](#)).

Langetermijneffect en terugvalpreventie

De verbeteringen die behaald worden met CGT blijven tot een jaar na behandeling in ieder geval

voor veel mensen behouden. Op de langere termijn kunnen de resultaten weer wat afnemen. Ook is er op de lange termijn na behandeling met CGT kans op terugval, maar hier is nog weinig onderzoek naar gedaan. Uit dit schaarse onderzoek blijken terugvalpercentages van 0 - 14% binnen 1 jaar.¹⁸ Er is nog niet bekend hoe terugval voorkomen kan worden. Er wordt in ieder geval aangeraden om aan het einde van de psychologische behandeling een terugvalpreventieplan te maken.¹⁸

Literatuur

1. Pompoli, A., et al., *Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **4**: p. Cd011004.
2. Ost, L.G., et al., *Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014*. Clin Psychol Rev, 2015. **40**: p. 156-69.
3. Harrison, A., et al., *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Clin Psychol Rev, 2016. **48**: p. 43-51.
4. Carpenter, J.K., et al., *Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. Depression & Anxiety, 2018. **35**(6): p. 502-514.
5. Bandelow, B., et al., *Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis*. International Clinical Psychopharmacology, 2015. **30**(4): p. 183-92.
6. Wechsler, T.F., F. Kumpers, and A. Muhlberger, *Inferiority or Even Superiority of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias?-A Systematic Review and Quantitative Meta-Analysis on Randomized Controlled Trials Specifically Comparing the Efficacy of Virtual Reality Exposure to Gold Standard in vivo Exposure in Agoraphobia, Specific Phobia, and Social Phobia*. Front Psychol, 2019. **10**: p. 1758.
7. Mayo-Wilson, E., et al., *Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry, 2014. **1**(5): p. 368-76.
8. Balkom ALJM van, V.I.v., Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, Meeuwissen JAC namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut. 2013.
9. Yunitri, N., et al., *The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials*. J Psychiatr Res, 2020. **123**: p. 102-113.
10. Crawford MJ, T.L., Farquharson L, Palmer L, Hancock E, Bassett P, Clarke J, Parry GD, *Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey*. Br J Psychiatry, 2016. **208**(3): p. 260-265.
11. Skapinakis, P., et al., *Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry, 2016. **3**(8): p. 730-739.
12. Batelaan, N.M., et al., *Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials*. BMJ, 2017. **358**: p. j3927.
13. Barkowski, S., et al., *Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis*. Psychother Res, 2020: p. 1-18.
14. Pozza, A. and D. Dettore, *Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for Obsessive-Compulsive*

- Disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons.* Psychiatry Res, 2017. **258**: p. 24-36.
15. Barkowski, S., et al., *Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials.* Journal of Anxiety Disorders, 2016. **39**: p. 44-64.
16. Lewis, C., J. Pearce, and J.I. Bisson, *Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review.* British Journal of Psychiatry, 2012. **200**(1): p. 15-21.
17. Olthuis, J.V., et al., *Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(3): p. CD011565.
18. Van Dis, E.A.M., et al., *Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis.* JAMA Psychiatry, 2019.

Deze Factsheet Psychotherapie bij angst- en dwangstoornissen is opgesteld in juni 2020 door H. Visser, N. Batelaan, P. van Oppen en W. Scholten. Utrecht, Nederlands Kenniscentrum Angst, Dwang, Trauma en Depressie (NedKAD), 2020.

Eerste herziening is gepland na het verschijnen van de nieuwe versie van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen