

Bijzonder hoogleraar Colin van der Heiden:

# “Neem piekerklachten serieus”

**Mensen met piekerklachten nemen deze klachten vaak niet serieus. Veelal denken zij dat het (onbeheersbare) piekeren bij het leven hoort en zoeken ze pas hulp op het moment dat er andere klachten bijkomen. En dat terwijl de meeste mensen met elf sessies blijvend van piekeren worden verlost.**

**K**enmerkend voor een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) of piekerstoornis zijn de ‘wat-als’ gedachten die steeds weer een piekerketen in gang zetten en die als onbeheersbaar worden beleefd. Een keten waaraan geen eind lijkt te komen, omdat er altijd wel situaties zijn om over te piekeren. Zelfs niet piekeren kan ongerust maken: dat kan het gevoel geven dat er iets over het hoofd wordt gezien.

## Vaak samen met andere klachten

“GAS is een serieuze klacht die goed kan worden behandeld”, aldus Colin van der Heiden, cognitief gedragstherapeut bij PsyQ en bijzonder hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, gepromoveerd op de behandeling van gegeneraliseerde angststoornissen. Toch zoeken mensen met GAS minder snel hulp dan mensen met specifieke angstklachten. Dat komt omdat de ontwikkeling van GAS – net als de ontwikkeling van andere angststoornissen – vaak een sluipend proces is. Wat het bij GAS nog onduidelijker maakt is het brede piekerspectrum: mensen met GAS zijn overmatig zorgelijk over een groot aantal dingen. Het maakt dat de

klachten veelal worden beschouwd als karaktereigenschap waarmee je het hebt te doen.

Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met piekerklachten vaak te lang wachten met het aanpakken van deze klachten. Niet ‘te lang’ in de zin van niet meer te behandelen, maar ‘te lang’ in de zin van er komen extra klachten bij. Soms lopen mensen er wel 20 jaar mee rond voordat zij hulp zoeken. En vaak gebeurt dat pas als er inderdaad

andere klachten bij zijn gekomen.

GAS gaat dan ook veelal samen met andere klachten\*. Met name depressie. Ook sociale fobie (angst voor negatieve beoordeling door anderen) en het zich overmatig zorgen maken over de gezondheid (hypochondrie) komen vaak voor in combinatie met GAS.



Colin van der Heiden: “De uitvoering van de behandeling van angststoornissen kan beter”

## Behandeling

Bovendien bemoeilijkt het brede spectrum aan 'piekeronderwerpen' de behandeling van GAS die, net als bij andere angststoornissen, meestal uit cognitieve gedragstherapie (cgt) bestaat.

Van der Heiden trekt een vergelijking met panieklachten: "Bij een paniekaanval zijn mensen niet alleen veel sneller bij de hulpverlening, maar gaat elke gedachte die iemand via de cgt met een gedachteschema wil onderzoeken over paniek. Daar is de interventie op gericht. Bij GAS gaat de zorg steeds verschillen. Als de ene zorg voorbij is komt de volgende."

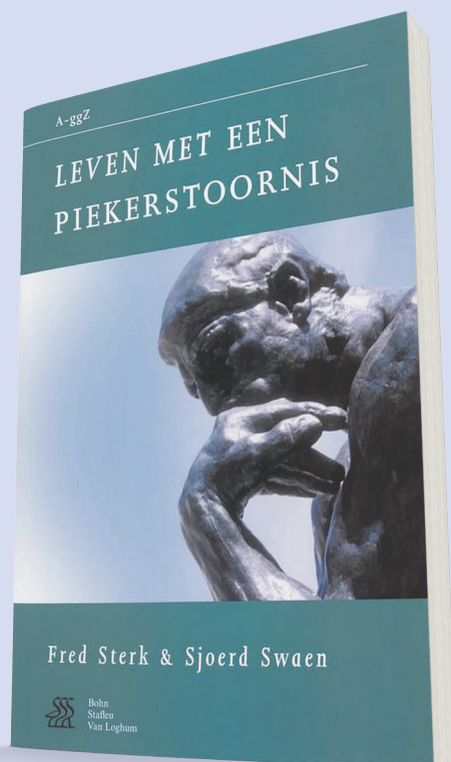
Het is de reden dat de effectiviteit van cgt bij GAS minder groot is dan bij andere angststoornissen. En het was een reden voor Van der Heiden om zijn promotieonderzoek daarop te richten.

Metacognitieve gedragstherapie (meta-cgt) is een vorm van cgt waarbij je je richt op het niveau boven het piekerspectrum, de opvattingen die je hebt over het gepieker. Je onderzoekt niet de dingen waar je zoal over piekert, maar gaat als het ware in een helikopter zitten en kijkt van bovenaf naar het piekerproces. Door met de helicopterview te kijken, ga je bijvoorbeeld zien dat piekeren niet onbeheersbaar en niet gevaarlijk is (de negatieve opvattingen die iemand heeft over piekeren), maar ook dat piekeren niet helpend is (de positieve opvattingen over piekeren, zoals 'door te piekeren kan ik problemen voorkomen'). Je experimenteert met het uitstellen van piekergedrag (zie kader), en ervaart dan dat je piekergedrag kunt sturen.

Door de behandeling te richten op de opvattingen over piekeren in plaats van op het piekeren zelf, verbetert de effectiviteit fors, zo heeft het onderzoek van Van der Heiden aangetoond. De effectiviteit steeg van minder dan 50% herstel (bij gewone cgt) naar 72% herstel (bij meta-cgt), wat betekent dat driekwart van de mensen die klinisch met deze methode is behandeld, na de behandeling klachtenvrij was en klachtenvrij bleef: ook 2½ jaar na de behandeling. Daarmee is er nagenoeg geen terugval meer te verwachten. Bij 93% van de patiënten waren de klachten door meta-cgt betrouwbaar verbeterd.

## Uitvoering kan beter

Van der Heiden zet zich in voor meer meta-cgt bij de behandeling van GAS en geeft daartoe regelmatig trainingen aan psychotherapeuten. Verbetering van de uitvoering van de behandeling van angststoornissen



Voor meer informatie over bovenstaande boeken zie onze site [adfstichting.nl](http://adfstichting.nl). Deze boeken zijn ook verkrijgbaar via onze site.

nissen in het algemeen in de praktijk zal de effectiviteit naar zijn verwachting verder verhogen. Op drie punten ziet hij ruimte voor verbetering: het anders hanteren van de angstthermometer, het oefenen in verschillende contexten en het minder inzetten op angstdaling tijdens de *exposure*.

“Veelal begin je met het laagste trapje op de angsthiërarchie en ga je stapje voor stapje omhoog, maar gebleken is dat kriskras door je hiërarchie beter effect geeft dan stapsgewijs. En dat is iets wat vrijwel niemand doet. We weten nog niet waarom het zo is. Het is een gegeven. Misschien geeft de stapsgewijze aanpak de boodschap ‘het moet voorzichtig’ of ‘het is gevaarlijk’.

Het is een interessante bevinding. Zeker bij dwangstoornissen, die vaak een taaie behandeling vergen. Als je dan 60 stapjes hebt gedaan en je hebt er nog 70 te gaan, helpt het om af en toe versnelling in te brengen.”

Wat betreft het oefenen in verschillende contexten noemt hij de behandeling van een liftfobie als voorbeeld. Daarbij durfde een patiënt na de *exposure* wel een bepaalde lift in, maar kwam de angst meteen weer terug bij andere liften. “Doordat de *exposure* alleen gedaan was bij die ene lift zou het kunnen zijn dat de patiënt de lift heeft staan testen (hoe gaan de deuren open, hoe komen de mensen eruit) en daarmee leerde ‘deze lift is veilig’, maar niet liften in het algemeen. Je moet dus in verschillende contexten oefenen.”

De derde en misschien meest belangrijke verbetering van de uitvoering is minder inzetten op angstdaling tijdens de *exposure*-oefening. “Dat hoeft eigenlijk niet. Het is soms zelfs goed als de angst oploopt tijdens de oefening. Bij bijvoorbeeld iemand met een paniekstoornis is de beste vraag die je dan kunt stellen: maar ben je nou flauwgevallen of doodgegaan? Want dat is de angst die iemand met een paniekstoornis heeft. Dan kan je concluderen ‘Nee, dus zelfs als de spanning zo hoog is, gebeurt dat niet’. Hoeveel bewijs heb je nog meer nodig om te geloven dat wat je denkt niet gebeurt?”

\*Voor een overzicht van de kenmerken van GAS en de verschillen met andere stoornissen kijk op onze website [adfstichting.nl](http://adfstichting.nl) onder ‘piekerstoornis’.

## Piekeren, wat kun je er zelf aan doen?

Het zelf aanpakken van piekerklachten is in een vroeg stadium heel simpel, aldus Colin van der Heiden. “Als het piekeren uit de hand gaat lopen kan je goed naar je zorg kijken in plaats van te blijven malen. Dat doe je door een stappenplan te maken: alle mogelijke oplossingen voor het probleem waarover gepiekerd wordt in kaart brengen, de voor- en nadelen daarbij zetten en een strategie kiezen. Als je je dat eigen maakt leer je meer oplossingsgericht denken”.

Hij benadrukt ook dat piekeren niet per definitie helemaal slecht is. “Piekeren hoort absoluut bij het leven. Nadenken is prima en gestructureerde oplossingen zoeken blijven we tegenkomen. Ook na een behandeling. Het probleem zit ’m in het ‘wat als dit - wat als dat’ denken”.

Als piekeren een probleem of gewoonte is kan je het volgende doen:

- Zodra je merkt dat het piekeren begint noteer je alleen het thema waarover je begon te piekeren. Het piekeren zelf stel je uit tot een vast moment (een piekerkwartier).
- Bekijk op het moment dat je had vastgesteld de thema’s en vraag je per thema af: moet ik daar nu nog over piekeren ja of nee. Van der Heiden: “Is het antwoord ja: formuleer dan waarom dat nodig is, dan mag je erover piekeren. Maar bij de meeste thema’s hoeft dat niet. Meestal is het al voorbij, is het al niet meer zo spannend.”

Van der Heiden: “Het denken ‘ik moet stoppen met piekeren’ lukt vaak niet, maar het omzetten in ‘ik mag er later over nadenken’ lukt vaak wel.” En juist daar draait het om voor het oplossen van de problemen. “Wat er op het piekerkwartier gebeurt is eigenlijk minder belangrijk. Het gaat erom of het je lukt om uit te stellen. Dat bewijst dat je invloed hebt op je piekergedrag en dat het niet volledig onbeheersbaar is.”

Dit bewijs is de ingang voor genezing, zo legt hij uit: kern van de stoornis zijn de negatieve opvattingen dat piekeren onbeheersbaar is en dat het gevaarlijk voor je is, bijvoorbeeld dat je er hartklachten van kunt krijgen of gek van zal worden. Zodra je ervaart dat je wel invloed hebt op je gepieker en dat het niet gevaarlijk is, neemt het gepieker al flink af.

Hij vervolgt: “Als het niet lukt om het piekeren uit te stellen kunnen *mindfulness* technieken hulp bieden. Maar ga na maximaal 20 minuten een stappenplan uitdenken”. Tot slot: “Benoem het zelf niet als gezeur en wacht niet te lang om hulp te zoeken. GAS is een serieuze klacht waar je veel ellende van kan krijgen. Langdurig een hoog stressniveau is niet gezond. Maar GAS is ook goed behandelbaar, mensen zijn gemiddeld na 11 sessies klaar.”