

## **Co-referaat bij refereerbijeenkomst 15 april 2008 over begeleide zelfhulp door Christine van Boeijen.**

---

Het is met genoegen dat ik aan het verzoek om vanuit de praktijkervaring verslag te doen over de werkzaamheid van het programma begeleide zelfhulp bij PS en GAS zoals dat door Christine is ontwikkeld, hier nu gevolg geef.

Enige bescheidenheid en relativering van het belang van mijn bevindingen is wel op zijn plaats: in totaal begeleidde ik ongeveer 20-25 cliënten bij het doorlopen van het programma; het aantal is te beperkt voor verstrekkende conclusies. Voorts heb ik geen gegevens over voor- en/of nametingen, dwz dat al wat ik zal beweren niet stoelt op kwantitatief gedocumenteerd materiaal.

### **Historie**

Sinds een aantal jaren vormen angststoornissen binnen de ambulante volwassenenzorg een aandachtsgebied; binnen dit kader heeft ook zelfzorg onze bijzondere belangstelling; de bibliothérapeutische markt op het gebied van behandeling van angststoornissen is afgegraasd en het programma van Christine kwam daarbij als in onze visie het beste bovendien; dit heeft ertoe geleid dat enige tijd een pilot is uitgevoerd binnen Rivierenland om het programma te toetsten op de hanteerbaarheid in de GGZ; een aantal hulpverleners werd door Christine geschoold in de ins en outs van de begeleiding en ging aan de slag; de ervaringen bleken positief en besloten werd het zelfzorgprogramma als een variant in het reguliere hulpverleningsaanbod te gaan hanteren. Sindsdien heb ik ongeveer 20-25 cliënten begeleid. Ik ga u vertellen over mijn belangrijkste bevindingen.

### **Bevindingen**

#### *Indicatiegebied*

Het indicatiegebied wordt afgedekt met de diagnostische categorieën Paniekstoornis (PS) en Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS), ook de subklinische beelden. Voor de zuiverheid is het handig comorbiditeit met depressie uit te sluiten: de snel af te nemen en te scoren BDI is hier al toereikend. Met name van de Gegeneraliseerde Angststoornis is bekend dat in welhaast 1/3 van de gevallen sprake is van co-morbiditeit of zo u wilt co-syndromaliteit sprake is.

Persoonlijk krijg ik de indruk dat de werkzaamheid bij PS beter is dan bij GAS; waarschijnlijk heeft het hiermee te maken dat het programma meer voor de hand liggende en hanteerbare exposure mogelijkheden biedt bij een PS. Erg afhankelijke en om veel geruststelling vragende mensen, kunnen waarschijnlijk beter geholpen worden met een gebruikelijke reguliere behandeling, al dan niet face to face.

De grens tussen een gegeneraliseerde angststoornis en het gebied van de hypochondere klachten is niet altijd goed aan te geven; er is zeker overlap en ik zag soms een spectaculaire verbetering bij de hypochonder: waarschijnlijk is een resolute cognitieve herstructurering hier de succes verklarende factor. Even een casus ter illustratie: een man van middelbare leeftijd ontwikkelde sinds het bericht dat zijn broer leed aan een longcarcinoom tal van angstklachten en hypochondere klachten; hij werd er volledig door in beslag genomen, frequenteerde de huisarts, sliep niet meer en moest zelfs verzuimen van zijn werk, dat hij zo ongeveer als zijn hobby beschouwde; ik legde hem het zelfzorgprogramma voor met het verzoek het eens te bekijken en te bezien of het hem iets leek waarmee hij zijn voordeel kon doen; we zouden dan bij de volgende afspraak hierover een besluit nemen. Bij de volgende bijeenkomst deelde hij me mee dat zijn leven bij lezing plots een heel andere wending heeft genomen: "ik realiseerde mij: waar ben ik mee bezig! het zijn mijn gedachten die verkeerd zijn; dat is toch te gek! Hou ermee op!" Sindsdien geen dag en nacht getob meer; hij hernam weer het leven als voorheen; Kijk toch aan, Christine: een one trial hit; ik zag betrokkene in een Eerste Lijns Centrum in Tiel, een verbouwde school waar 16 huisartsen praktijk houden, fysiotherapeutische voorzieningen gehuisvest zijn, waar een apotheek is, een prikpoli; ik werk er een dag in de week, gedetacheerd door *de Gelderse Roos*. Voor deze man, een ietwat macho-type, was bezoek aan een RCG not done geweest. Ik vroeg nog na bij hem: inderdaad blijven zijn klachten weg. Wijziging van cognities is natuurlijk binnen de cognitieve gedragstherapie de therapeutische agens bij uitstek voor gedragsverandering; echter nog nooit had ik het zo spectaculair waargenomen.

### *Succesfactoren*

Ongetwijfeld is het waar dat motivatie en bereidheid te investeren in de oplossing van het probleem een belangrijke predictor zijn voor het welslagen van het zelfzorgprogramma; alle middelen om deze motivatie te bevorderen moeten worden aangewend; het idee om de cliënt te vragen om bij het doorlopen van het programma een "helper" te vragen, is werkelijk een trouvaille; immers mensen met angstklachten zijn van nature geneigd tot vermindering in alle denkbare varianten; een helper behoedt hen daarvoor. Mijn ervaring is ook dat het doorwerken van het programma beter verloopt wanneer er tevens van een helper sprake is.

Mensen met psychische problemen, die daarbij om hulp vragen zijn juist om die reden geneigd de advisering van de professional te volgen, ook wanneer ze er zich niet zo gelukkig mee voelen. Zo kan het gebeuren dat je iemand het zelfzorgprogramma aanbiedt terwijl de cliënt zelf daar, laat ons zeggen ambivalent tegenover staat. In de eerder genoemde pilot die binnen de afdeling preventie werd uitgevoerd, namen 33 cliënten deel aan het programma begeleide zelfhulp; daarvan maakte ongeveer  $\frac{1}{4}$  het programma niet af, liet het afweten of reageerden niet meer op afspraken. Van de resterende  $\frac{3}{4}$  kan gezegd worden dat ze allen in meerdere of mindere mate hun voordeel konden doen met het programma, dwz dat verdere zorg niet meer nodig was. Ter voorkoming van deze uitval heb ik al doende mezelf deze praktijk toegeëigend: ik geef de cliënt het volledige programma mee naar huis, ter inzage, met de vraag te bekijken of het een goede benaderingswijze lijkt (ik noemde het al bij de one trial hit casus). Is het antwoord ja, dan is de kans uitermate groot dat succes verzekerd is. Inmiddels volg ik deze strategie bij elke nieuwe behandeling door middel van het zelfzorg programma. Tot nu toe is de uitval nihil. Uitgebreid informeren over de aard en inhoud van de behandeling is kennelijk gewenst om uitval te voorkomen. Wel interessant trouwens om dit gegeven te vertalen naar het probleem van de "no shows" in de ggz: informeer zeer uitgebreid over de behandelinhoud en bespreek dit; waarschijnlijk zal het no show-percentage spectaculair dalen en ongetwijfeld zal ook de score in de Clienten Satisfactie Monitor een gunstiger beeld geven; immers te weinig informeren en gezamenlijk bespreken van de feitelijke behandelinhoud is een van de grootste grieven van cliënten. Van een aantal multidisciplinaire richtlijnen zijn inmiddels patiënt versies verschenen; zij zijn bij uitstek geschikt voor dit doel.

### *De uitvoeringspraktijk*

Na een eerste gesprek waarin een korte screening plaats vindt en uitleg gegeven wordt over het programma vinden een 4-tal coachingsgesprekken plaats; vooral wanneer het doorwerken van het programma voorspoedig verloopt zijn deze coachingscontacten van zeer korte duur; mede om die reden is te overwegen het contact in plaats van face to face telefonisch te doen zijn, uiteraard alleen na en in overleg met de betrokkene. Voor het goed doorlopen van het programma maakt dat geen enkel verschil; uitzondering moet gemaakt worden wanneer een telefonisch contact gerelateerd is aan een vermijdingsfunctie, in concreto wanneer het telefonisch contact de oplossing is voor een bestaand probleem om de vereiste reisafstand te overbruggen. Ik herinner me een casus van een man met paniekstoornis en forse agorafobische klachten met wie de contacten uitsluitend via de post en de telefoon plaats vonden. Hij belde niet op overeengekomen tijden en bij contactname door mij kreeg ik nooit gehoor; nog niet zo lang geleden kwam ik er bij toeval achter dat hij deelname aan het programma gebruikte als een legitimering voor een arbeidsongeschiktheid; het UWV eiste dat hij zich onder behandeling zou stellen op straffe van het stoppen van de uitkering.

Het oogmerk van de coachingsgesprekken is helpen het programma zonder obstakels te kunnen doorlopen. Het is derhalve gericht op bespreken en eventueel opheffen van problemen die zich bij de uitvoering van het programma voordoen. Ze hebben geen enkel behandelinhoudelijk belang: het gaat niet om behandelen want dat doet de cliënt zelf; voor de hulpverlener en met name voor de cognitief gedragstherapeutisch geschoolde hulpverlener betekent dit een grote valkuil; hulpverleningsinhoudelijke kennis met betrekking tot angststoornissen is volledig irrelevant; wat er toe doet is coachingsvaardigheid en niet meer dan dat.

Het doorwerken van het programma beslaat bij een investering van 1 uur per dag (5 uur per week) 12 weken; sommigen doen het in een kortere perioden, anderen hebben graag wat langere tijd nodig, bv omdat ze meer tijd voor exposure oefeningen willen of omdat het beheersen van ontspanningstechnieken meer tijd vergt. Het is goed de 12 weken als richtlijn te nemen, echter niet

als regel; ook hier geldt dat het goed is de wensen en behoeften van de cliënt richtinggevend te laten zijn.

#### *Werkzame factoren*

Naar mijn mening is de meest stellige werkzame factor, dat cliënten gaande het programma het gevoel krijgen niet meer overgeleverd te zijn aan hun angsten maar er zelf de controle over te hebben, en niet in het minst zelf hun gedrag kunnen veranderen; het is een proces dat aan te duiden is met *empowerment*; het gaat hand in hand met of loopt parallel aan een cognitieve herstructurering; het maakt hen minder afhankelijk en bevordert de regie te nemen over hun eigen leven. Het zou me niet verbazen wanneer op de langere termijn de resultaten van een zelfzorg behandeling juist om die reden bestendiger blijken dan die van de reguliere cognitieve gedragstherapie.

#### *Attitude van de hulpverlener*

Een belemmerende factor bij de uitvoering van zelfzorgprogramma's in het algemeen vind ik de nogal traditionele attitude bij de hulpverlening dat adequate hulpverlening toch niet zonder hen zou kunnen plaats vinden; in een wat mindere mate geldt dat ook voor de via Internet uitgevoerde therapieën; er lijkt van een soort intrinsieke hulpverleningsweerstand sprake te zijn, als raakt het hun self-esteem.

Een omslag in het denken is hier nodig: immers het gaat steeds om het belang van de cliënt en nooit om dat van de hulpverlener; het lijkt een vanzelfsprekendheid, een open deur; we belijden dat de vraag en het belang van de cliënt centraal staan, dat zij uitgangspunt zijn van zorg; waarschijnlijk belijden we het zo openlijk en veelvuldig omdat we het eigenlijk niet of niet voldoende doen; de wijze waarop het zorgaanbod wordt vormgegeven, bureaucratische, registratieve en financiële regelgeving illustreren dit en lijken veelal primordiaal te zijn.

#### *Investering*

De totale tijdsinvestering door de hulpverlening bij de uitvoering van het zelfzorgprogramma bedraagt ten hoogste 1 - 1 ½ uur, uit te strijken over een 5-tal declarabele contacten.

Vanuit de optiek van wachttijdbekorting zeer efficiënt, vanuit de economische optiek zeer lucratief. Laat hier dus geen sprake van enige belemmering zijn.

#### **Tot slot**

Mijn ervaringen met het programma begeleide zelfhulp bij ruim 20 cliënten zijn vrijwel uitsluitend positief; een enkele uitval was te herleiden tot gebrek aan compliance. Het moge duidelijk zijn : het begeleide zelfzorgprogramma, ... van harte aanbevolen.

Arno Hanraets  
April 2008