



Vertrouwen helpt

Er zijn aardige psychologen en dokters en minder aardige. Natuurlijk is een aardige hulpverlener te verkiezen. Maar is een competente hulpverlener niet het allerbelangrijkste? Zijn aardigheid, meelevendheid, vriendelijkheid eigenlijk niet alleen maar luxe? Integendeel, blijkt. Kort geleden werd er een prijs uitgereikt voor onderzoek naar het effect van de manier waarop hulpverleners met patinten omgaan, de Stevinpremie. De Stevinpremie is een prestigieuze prijs voor belangrijk onderzoek op het gebied van 'kennisbenutting voor de samenleving'. De Leidse hoogleraar Andrea Evers kreeg de prijs voor haar onderzoek naar onder meer placebo-effecten in de geneeskunde. Placebo-effecten? Wij kennen het woord placebo als een sjiek woord voor 'nep'. Een placebopil of neppil wordt in research gebruikt naast de echte pil, om zeker te weten dat het de werkzame stof van de pillen is, die het effect veroorzaakt. Sommige patiënten krijgen de echte pil, andere de placebo-pil, die er sprekend op lijkt. Dan moet blijken dat bij de groep die de echte pil slikt, met de werkzame stof, meer effect wordt verkregen dan bij de groep met de placebo-pil. Het bijzondere is dat zo'n placebo-pil zelf vaak ook een gunstig effect heeft. Zo bleek uit een onderzoek bij kinderen met ADHD dat een lage, niet werkzame, dosis ritalin (een middel dat vaak gegeven wordt bij ADHD) met een placebo-pil erbij

Een pil gegeven door een dokter in wie je vertrouwen hebt, werkt beter

het beter deed dan de lage dosis ritalin zonder die placebo-pil. Het was geen bedrog, de kinderen en de ouders wisten dat de extra pil een placebo-pil was.

Het placebo-effect heeft te maken met de verwachting dat een behandeling zal helpen, met vertrouwen in en een goede relatie met de hulpverlener. In research is het placebo-effect ongewenst, in de praktijk is het een belangrijk onderdeel van iedere behandeling. Dat geldt voor lichamelijke problemen en voor psychische problemen, voor psychotherapie en voor medicamenteuze therapie. Een pil gegeven door een dokter in wie je vertrouwen hebt, werkt beter dan een pil van iemand bij wie je je niet op je gemak voelt. Een griep behandeld door een aardige meelevende dokter gaat sneller over dan een griep behandeld door een afstandelijke, zakelijke dokter, zo bleek uit onderzoek. Samen met een aantal andere wetenschappers heeft Evers een lijst opgesteld met adviezen om dat placebo-effect zo sterk mogelijk te maken. Psychologen en artsen moeten niet alleen hun beroep technisch goed uitvoeren, niet alleen de juiste pil voorschrijven of de juiste behandelstrategie toepassen, zij moeten investeren in de relatie met hun patiënt: goed luisteren, verwachtingen kennen en meningen en klachten serieus nemen. En patiënten? Zij moeten vertellen wat ze verwachten, om uitleg vragen en hun mening geven. Als vertrouwen in de hulpverlener een belangrijk deel van de genezing blijkt, moeten we ervoor zorgen dat dat vertrouwen er komt.

FOTO: LEONIE HAGENDORN



REDACTEUR CORINNE TEST HET

Is neurofeedback de oplossing voor mijn paniekstoornis?

De berichten erover zijn verschillend: neurofeedback als oplossing voor angst- of dwangklachten. Helpt het nu wel of niet? Redacteur Corinne nam de proef op de som.

‘Dat rode QEEG hoofdje van jou dat je hier ziet, wijst op een afwijking van de norm’

Neuropsycholoog Tim Smets

Inmiddels ben ik ruim twintig jaar zoet met mijn angststoornis en paniekaanvallen. Is er dan nog iets wat me kan helpen? Op Google lees ik over neurofeedback. In het kort: een therapievorm waarbij door conditionering van de hersengolfactiviteit, diverse klachten kunnen worden behandeld. Is dit dan de heilige graal voor mij? Als ik de behandelcentra mag geloven wordt neurofeedback ingezet voor uiteenlopende klachten. Van angst, dwang, autisme, ADHD tot epilepsie, migraine en slaapstoornissen. Zonder medicijnen, zonder jarenlange gesprekken. Daar zeg je toch meteen ‘ja’ tegen? Nou, niet meteen. Want tussen de lovende recensies van de klinieken, staan ook artikelen van sceptici. Zo zouden de resultaten niet wetenschappelijk zijn onderbouwd en is effectiviteit van neurofeedback bij veel van deze klachten nooit bewezen. Wat betekent dat dan voor mij? Ik spreek met dr. André Keizer, hoofd behandelzaken bij het Neurofeedback Instituut Nederland. Sinds 2004 biedt deze organisatie neurofeedback behandelingen op diverse locaties in Nederland. Ook krijg ik informatie van Joris van Neijenhof namens Neurocare. Zij doen behalve behandelingen ook wetenschappelijk onderzoek.

Heren, kunnen jullie me uitleggen hoe het neurofeedback proces werkt? Gaan jullie mijn brein ontleden?

Joris van Neijenhof: “Nee hoor, we gaan niet je brein in. Met elektrodes op je hoofdhuid worden de vuurpatronen van de hersencellen, ofwel je hersenactiviteit, opgepikt en in golfjes uitgedrukt. Deze signalen worden direct weer aan je teruggegeven in beeld en geluid, met als doel activiteit in het brein operant te conditioneren. Je brein wordt beloond middels dit beeld of geluid om bepaalde activiteit te produceren of juist te onderdrukken.” Dr. Keizer vult aan: “De EEG meting en de afwijkingen hierin op de norm, vormen de basis van de neurofeedback. De therapeut stelt een drempelwaarde in: Elke keer wanneer die afwijking onder

die drempel komt, word je beloond. Dat kan op allerlei manieren. En zo word je geconditioneerd om steeds minder van die afwijking te laten zien. Het brein gaat daar zelf op zoek naar. Na een bepaald aantal sessies is het de bedoeling dat je steeds minder van de afwijking laat zien.”

Is neurofeedback inderdaad voor zoveel verschillende psychische klachten in te zetten? Dat klinkt ongeloofwaardig.

“Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, ook naar de analyses die wij op de EEG toepassen. Binnen ons instituut passen wij neurofeedback toe bij een beperkt aantal psychische aandoeningen, waarbij wetenschappelijke evidentie bestaat dat neurofeedback effectief kan zijn”, aldus dr. Keizer.

Je kijkt bij ADHD naar andere afwijkingen en andere gebieden dan bij angst?

“Ja precies. We weten uit onderzoek dat er bepaalde markers zijn voor ADHD. Dus ik verwacht dat iemand met bijvoorbeeld ADHD frontaal een afwijking heeft. Het is dan trouwens niet zo dat als je die afwijking hebt, je sowieso ADHD hebt. ‘Er is een grotere kans op’. We weten dat bij mensen die heel angstig zijn een overmaat aan bèta

verwacht wordt of een tekort aan alpha activiteit, of allebei. Dat kan je betrouwbaar meten met EEG. Wij behandelen onder andere: angst, dwangklachten, burnout, dyslexie en merendeel AD(H)D.”

Joris Nijenhof: “Ik ben het er niet helemaal mee eens dat neurofeedback voor al deze klachten de geschikte behandelmethode is. Neurofeedback is zeker zinvol, alleen: je moet weten waar je het op toepast en je moet weten hoe je het moet doen. In mijn vakgebied, en de zorg in het algemeen, mag je er eigenlijk vanuit gaan dat als iets wordt aangeprezen als iets wat werkt voor alles, het vaak too good to be true is”.

Ben je het dan eens met de sceptici?

“Ja en nee. Toen ik jaren geleden begon als neuropsycholoog was ik ook sceptisch over neurofeedback. Tot ik me er meer in ging verdiepen en ik in contact kwam met dr. Martijn Arns van Neurocare. Ik zag hoe degelijk het wetenschappelijk onderzoek is dat hij doet. Ik ben nu om, ook omdat ik zie wat er allemaal mogelijk is. Zeker bij ADHD en slaapproblemen is dat inmiddels afdoende wetenschappelijk bewezen. Maar als je mij vraagt of het ook iets kan betekenen voor mensen met angst zeg ik: waarschijnlijk niet. We kunnen niet 100% zeggen dat het niet werkt, maar er is nog geen overtuigend wetenschappelijk bewijs. Daarnaast is

CORINNE TEST NEUROFEEDBACK

een probleem met neurofeedback dat het op veel plekken in onze ogen onvoldoende onderbouwd of onvoldoende deskundig wordt toegepast. Je weet dus niet goed of je op de juiste plek bent. Dan wordt het wel een hele dure gok, want het is geen vergoede zorg.”

Dr. Keizer: “Het is duidelijk dat het medisch establishment neurofeedback nog niet echt heeft geaccepteerd. Daarvoor is zeker meer wetenschappelijk onderzoek nodig. Als wij na de intake het idee hebben dat iemand meer gebaat is bij cognitieve gedragstherapie, gaan wij ook geen neurofeedback adviseren. Veel patiënten hebben echter al cognitieve gedragstherapie geprobeerd, of reageren bijvoorbeeld slecht op medicijnen. Aangezien er wetenschappelijke evidentie bestaat voor de effectiviteit van neurofeedback bij angststoornissen, bestaat er een goede kans dat neurofeedback voor een vermindering van angstklachten kan zorgen.”

Om zelf een oordeel te kunnen vellen, heb ik een afspraak gemaakt bij BrainMed in Utrecht. Na een kleine introductie en uitleg wat er gaat gebeuren, zet Tim Smets, neuropsycholoog, een kap op mijn hoofd en bevestigt met een soort lijm de 19 elektroden op mijn hoofdhuid. Via een computerscherm zijn nu mijn hersengolven te zien en op een ander scherm prijken verschillende hoofdjes, met diverse kleurvlakken. Tim: “Je ziet hier het samenspel van heel veel neuronen die tegelijkertijd vuren, ze zijn aan het communiceren. We meten dit tien minuten met ogen open en tien minuten met ogen dicht. We vergelijken jouw hersengolven met die van mensen van jouw leeftijd zónder angst. De uitkomst van deze vergelijking heet QEEG. Als jouw QEEG hoofdjes rood zijn betekent dat dat er verhoogde waarden zijn, blauw is verlaagd en wit is ‘normaal’, binnen de norm. Dus jouw rode QEEG hoofdje wijst op een significante afwijking van de norm. Na het QEEG beoordelen we of het individuele breinbeeld past bij het model wat er bestaat voor angst. In jouw geval zien we dit eenduidig terug.”



Bang voor medicijnen

Maar ik voel me nu totaal niet angstig, heb geen paniek. Hoe kan dat dan?

"We meten met het QEEG de biologische gevoeligheid voor klachten en niet de klacht zelf. Aan de hand van het model dat voor angst is ontwikkeld, gaan we nu jouw brein trainen. Door het belonen van gewenste hersenactiviteit hopen we dat jouw brein leert om minder snelle hersengolven aan te maken. Dit zou zich moeten vertalen in een afname van de rode QEEG hoofdjes. Als dit lukt, gaat dit gepaard met een afname van de gevoeligheid voor angst en paniek".

Dat gaan we meteen proberen. Ik moet naar een scherm kijken waar een film wordt gestart. Tim stelt de drempel vast waartussen mijn hersengolven moeten vallen voor de beloning. Als het scherm zwart wordt, zijn mijn waarden te hoog of te laag. Tim: "Nu moet jouw brein gaan uitzoeken hoe hij de film weer aan krijgt. Dat is de beloning. Ik zie dat je nu al goed bezig bent, want ik zie minder rood."

Hoe kan dat nou? Ik heb echt geen idee wat ik doe of niet doe.

"Het is enigszins vergelijkbaar met leren fietsen. Op een gegeven moment ontwikkel je een gevoel van evenwicht. Maar je weet niet precies hoe je dat evenwicht hebt ontwikkeld en je kunt ook niet precies beschrijven wat je hebt geleerd als je dit wil beschrijven in processen. Bij neurofeedback zien we ook dat het leerproces deels onbewust is. Je brein leert allerlei oorzaak-gevolg relaties leggen in de training door gewenste hersenactiviteit te belonen, maar je kunt na afloop niet bewust beschrijven wat je hebt gedaan waardoor het beter ging. Wij verrichten gemiddeld 12-13 trainingen 19 kanaals LORETA (deep brain) neurofeedback bij mensen met angst- en panieklachten."

Wat gebeurt er nou als mijn scherm de hele tijd zwart blijft? Ben ik dan niet geschikt?

"Nee, dan kan het betekenen dat de drempels te moeilijk staan afgesteld. Na vijf trainingen wordt er standaard geëvalueerd om te beoordelen of de training technisch aanslaat, ofwel de hersenen

in staat zijn om te leren van de training. Als dit niet het geval is, wordt de training stopgezet. Als de behandeling aanslaat zien we gemiddeld na 8-10 trainingen een duidelijke verlichting van de klachten optreden."

Wat vind jij ervan dat mensen zeggen dat neurofeedback voor angst niet werkt?

"Ik zie in de praktijk dat het wél werkt. Het is zeker geen wondermiddel, maar gemiddeld zien we bij 70-80% van de mensen met angst- en panieklachten een duidelijke verlichting van de angstklachten optreden, bij sommigen verdwijnen de klachten compleet. Ik geloof er zelf ook niet zo in om dingen uit te sluiten door protocollen of richtlijnen. Dat is het mooie van neurofeedback; het is allemaal maatwerk, gebaseerd op je EEG, je individuele biologie."

Na de gesprekken ben ik een beetje in verwarring. Het frustreerde me best wel dat ik geen idee had waarom ik de ene keer wel de film zag en andere keer niet, terwijl ik voor mijn idee niets anders deed. Ik heb graag controle op wat ik doe. Ik slaap er nog een nachtje over.

Meer informatie:

www.neurofeedback.nl
www.neurocaregroup.nl
www.brainmed.nl

Beste Ton,

In de media is veel ophef over het medicijn paroxetine, dat ik al zeker tien jaar gebruik (20 mg per dag) tegen paniek en dwanggedachtes. Dit medicijn helpt redelijk, maar geeft nu angst, omdat het agressie bij de gebruiker kan veroorzaken (zelfs moord en zelfmoord) en dat wakkert weer dwanggedachtes aan. Kunt u me geruststellen door enige uitleg te geven? Birgit

Beste Birgit,

De relatie tussen agressie of zelfmoord en het gebruik van antidepressiva en in het bijzonder de selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) is complex. Bij ernstige agressie, zoals moord of mishandeling, wordt vanzelfsprekend onderzoek gedaan naar oorzaken en aanleidingen. Omdat er een juridische procedure wordt gestart en de dader terecht staat, zal de verdediging alles aangrijpen om de dader vrij te pleiten en de schuld bij derden te leggen. Het gebruik van een SSRI wordt soms in juridische procedures aangewend om de schuld van de agressieve uitbarsting bij bijvoorbeeld de farmaceutische industrie te leggen. Dit is met name gebeurd met het gebruik van fluoxetine (Prozac) en paroxetine (Seroxat). Het is niet gemakkelijk om een oorzakelijk verband tussen SSRI-gebruik en misdaad aan te tonen. Dat komt doordat er (gelukkig maar) weinig misdaden worden begaan en er (jammer genoeg) veel mensen zijn die SSRI's slikken. SSRI-gebruik als enige reden voor agressie, moord of zelfmoord is dus vrijwel nooit aan te tonen. Daarbij komt dat de aandoeningen waarvoor iemand een SSRI gebruikt soms ook gepaard kunnen gaan met irritatie, agressie en woede-uitbarstingen. Blijft de vraag of het gebruik van deze medicatie tot agressie kan bijdragen.

Om de relatie tussen SSRI gebruik en agressie aan te tonen, wordt vaak gebruik gemaakt van meldingen van bijwerkingen bij instituten zoals, in Nederland, LAREB. Omdat agressie-incidenten relatief zeldzaam zijn, zullen ze vaak niet gezien worden bij systematisch onderzoek met patiëntengroepen die bestaan uit tientallen tot honderden mensen. Uit de gegevens van databanken waarbij bijwerkingen worden gemeld, blijkt dat agressie bij SSRI's vrijwel alleen wordt gezien tijdens de opbouw- en afbouwfase van de medicatie. De relatie met agressie blijkt dus vooral op te treden

bij veranderingen in de dosering (opbouw, afbouw of onregelmatig gebruik). Dat wil zeggen dat opbouw en afbouw altijd onder controle van een arts (huisarts of psychiater) moet plaatsvinden, dat onregelmatig innemen afgeraden wordt en dat zelf stoppen niet verstandig is. Desondanks is er geen reden voor bezorgdheid: er gebruiken in Nederland meer dan één miljoen mensen een SSRI, terwijl het aantal agressie-incidenten bij LAREB in de periode 2010-2014 slechts 50 bedroeg. Het bovenstaande geldt niet voor alle groepen die SSRI's gebruiken. De kans op agressie en zelfmoord is met name bij jongeren groter dan bij volwassenen of ouderen. Dit gegeven is een tijd bewust verzwegen door de fabrikant van paroxetine, SmithKline Beecham. Nu neigingen tot agressie en zelfmoord bekende bijwerkingen zijn van paroxetine, wordt dit SSRI in het algemeen niet meer aan jongeren verstrekt. Als het toch gebeurt, moeten er goede voorlichting en voorzorgsmaatregelen worden geboden.

TON

Heb je ook een vraag voor mij?
 Mail dan naar ton@adfstichting.nl.