

Ondanks de genoemde beperkingen zijn de resultaten van deze enorme studie belangrijk voor onze bewustwording rondom het voorschrijven van antipsychotica. De huidige toename van off-label-gebruik van antipsychotica voor bijvoorbeeld slaapproblemen, alsmede het voorschrijven aan zwangere vrouwen en kinderen, moet opnieuw ter discussie worden gesteld.

## LITERATUUR

Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 128-37.

Andreasen NC, Nopoulos P, Magnotta V, Pierson R, Ziebell S, Ho BC. Progressive brain change in schizophrenia: a prospective longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011; 70: 672-9.

## AUTEURS

SABINE ROZA is arts in opleiding tot psychiater, Erasmus MC, Rotterdam en Bavo Europoort, Rotterdam.

NICO VAN BEVEREN is psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

CHRISTIAN RÖDER is psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. Sabine Roza, Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: s.roza@erasmusmc.nl

Strijdige belangen: J.M. van Beveren heeft betalingen ontvangen voor het houden van lezingen van Astra Zeneca, Janssen, Wyeth en Benecke.

## Preventie van paniekaanvallen en paniekstoornis bij COPD

Paniekstoornis en -aanvallen komen meer voor bij patiënten met chronisch obstructieve longziekte (COPD) dan in de algemene populatie. Deze hebben invloed op levenskwaliteit en dagelijks functioneren en op de kosten van de gezondheidszorg. Dyspnoe, de hoofdklacht bij COPD, kan door de patiënt gemakkelijk fout geïnterpreteerd worden als catastrofaal. Dit heeft verdere agitatie, nog meer kortademigheid en uiteindelijk paniek tot gevolg.

Livermore e.a. (2010) randomiseerden 41 patiënten met COPD die deelnamen aan een longrevalidatieprogramma; dezen kregen óf 4 sessies cognitieve gedragstherapie (CGT; n = 21) óf routinebehandeling (n = 20). Voor evaluatie gebruikten auteurs vragenlijsten ('Anxiety Disorders Interview Schedule-IV', 'Hospital Anxiety and Depression Scale' (HADS) en 2 op ademhalingsklachten gerichte vragenlijsten) en aantal ziekenhuisopnames na 6, 12 en 18 maanden. De CGT-sessies werden alle door dezelfde persoon gegeven en omvatten psycho-educatie over CGT, effecten van stress en paniek op ademhaling, training in uitdagende gedachten, training in pursed-lip-breathing, bekrachtiging van activiteitenplanning en pacing, een persoonlijk copingplan, en probleemoplossend vermogen en copingstrategieën. Patiënten met paniekstoornis werden geëxcludeerd gezien het preventieve karakter van de studie.

Alle patiënten in de CGT-groep waren zonder paniekaanvallen na de interventie en tot anderhalf jaar nadien. In de controlegroep had 35% minstens 1 paniekaanval na de interventie en 60% minstens 1 paniekaanval in de anderhalf jaar daarna. In de controlegroep kregen 2 patiënten een paniekstoornis. De gemiddelde angstscores (HADS) lagen boven de afkapwaarde in de controlegroep en waren niet klinisch significant in de CGT-groep. De interpretatie van respiratoire symptomen verschilde significant op alle meetpunten in het voordeel van de CGT-groep. Het aantal ziekenhuisop-

names was significant hoger in de controlegroep na 6 en 12 maanden.

CGT lijkt doeltreffender dan routinebehandeling ter preventie van panieklachten bij COPD. CGT had zowel een preventie- als een behandelingseffect: er waren minder angstsymptomen, minder opnames en minder catastrofale gedachten omtrent dyspnoe. De studie heeft sterke punten, zoals de lange follow-upperiode. Verder is het de eerste trial die focust op paniekspectrumstoornis bij COPD, en de eerste die op elk meetpunt ook diagnoseert. CGT was op maat van de patiënten en er was geen uitval. Zwakke punten zijn het kleine patiëntenaantal en de niet-dubbelblinde opzet, met kans op bias bij patiënten en onderzoeker. De interventie en de beoordeling van de resultaten gebeurden door dezelfde persoon, wat ook kans geeft op *experimenter bias*. Ook is er mogelijk selectiebias: patiënten die aan zulke studies deelnemen, hebben mogelijk meer introspectieve mogelijkheden.

We concluderen dat een korte, aangepaste CGT-interventie bij patiënten met COPD paniek-aanvallen kan voorkomen en de ontwikkeling van paniek- en angstsymptomen kan tegengaan of afremmen.

In de praktijk is er nog steeds weinig multidisciplinaire aanpak bij chronische ziekten. Dat deze toch nuttig is, bewijst deze studie. Ondanks het kleine patiëntenaantal, is er significant resultaat met CGT, mogelijk leidend tot betere levenskwaliteit en lagere kosten voor de gezondheidszorg. CGT kan geïncorporeerd worden in een longrevalidatieprogramma, waarin behalve voor een oefentraining tweemaal per week ook plaats is voor educatie. Ook voor slaapstoornissen bij COPD blijkt CGT nuttig (Kapella e.a. 2011). Het blijft belangrijk psychische symptomen bij chronische ziekte niet over het hoofd te zien, evenmin als de mogelijkheden tot psychologische of psychiatrische begeleiding ter preventie of behandeling hiervan. Verder onderzoek naar CGT hierbij is zeker nuttig.

## LITERATUUR

- Kapella M, Herdegen J, Perlis M, Shaver J, Larson J, Law J, Carley D. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with COPD is feasible with preliminary evidence of positive sleep and fatigue effects. *Int J COPD* 2011; 6: 625-35.
- Livermore N, Sharpe L, McKenzie D. Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *Eur Respir J* 2010; 35: 557-63.

## AUTEURS

LIEVE DE BACKER, arts in opleiding tot psychiater, UPC St Norbertus, Duffel.

GEERT DOM, hoofdgeneesheer PC Broeders Alexianen, Boechout.

BERNARD SABBE, hoogleraar Medische Psychologie en Psychiatrie, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UA, en diensthoofd, UPC St Norbertus, Duffel.

Correspondentieadres: dr. Lieve De Backer, UPC St Norbertus, Stationsstraat 22c, 2570 Duffel, België.

E-mail: debackerlieve@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.