

# Zorgpad Angststoornissen

Herziene versie november 2014



## *Redactie*

Gerdien Franx en Peter van Splunteren, Trimbos-instituut

## *Aan de totstandkoming van deze tekst werkten mee:*

Ton Mutsaars (POH GGZ), Fanny Schilderincq (POH GGZ), Frank Verhulst (psycholoog), Sylvia van Manen (huisarts), Christina van der Feltz-Cornelis (psychiater/onderzoeker), Kees Korrelboom (psychotherapeut/onderzoeker), Marlene de Regt (Ros Netwerk/Ineen)

De publicatie werd financieel ondersteund met een bijdrage van Lundbeck.

Utrecht november 2014

# Zorgpad Angststoornissen

Herziene versie november 2014

## Inleiding

Inleiding	3
1. Afbakening en verantwoording	4
2. Herkennen van klachten en risicofactoren	5
3. Screenen en diagnose stellen	6
3.1 Screenen	6
3.2 Diagnose	6
3.3 Bepaling van ernst en zorgvraagzwaarte	7
3.4 Suïcidaliteit	8
4. Behandelinterventies	9
4.1 Basisinterventies	9
4.2 Begeleide zelfhulp en e-health	10
4.3 Kortdurende psychologische behandeling en medicatie	10
5. Monitoren en terugvalpreventie	13
6. Bijlage	14

Angst staat in zijn algemeenheid voor het ervaren van verlies van controle en het ervaren van dreiging. Angst is een subjectieve ervaring. Wat voor de een beangstigend is, hoeft dat voor de ander niet te zijn. Angst wordt een stoornis wanneer het het dagelijks functioneren in de weg staat of wanneer er sprake is van subjectief lijden.

Angststoornissen komen veel voor in de Nederlandse bevolking. Jaarlijks krijgt 10,1% van de Nederlanders (18-64 jaar) last van problemen met angst en 19,6% van de Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad<sup>1</sup>. Angststoornissen hebben een negatieve impact op het dagelijkse leven en veroorzaken hoge maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim en ziektekosten.

De term 'angststoornis' is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen waarbij sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (abnormale of pathologische angst) die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het dagelijks functioneren. In totaal worden er zeven angststoornissen onderscheiden. Een korte beschrijving van de verschillende angststoornissen vindt u in de bijlage. Een angststoornis verdwijnt meestal niet vanzelf.

In de herziene versie van de NHG Standaard Angst<sup>2</sup> wordt naast angststoornissen ook gesproken over angstklachten. Bij angstklachten gaat om 'normale angst' waar de patiënt wel onder gebukt gaat. De angst is dus niet bovenmatig, wat bij een angststoornis wel zo is. In tegenstelling tot angststoornissen zijn angstklachten meestal van voorbijgaande aard.

Net als bij de behandeling van andere psychische aandoeningen, zoals depressie, is bij de behandeling van angststoornissen sprake van een combinatie van *matched care* en *stepped care*. *Stepped care* staat voor: lichte interventies waar het kan, intensievere behandeling waar het moet, gevolgd door periodieke evaluatie. Bij *matched-care* gaat het om het afstemmen van de behandeling op patiëntvariabelen zoals ernst van het probleem, mentale vaardigheden en sociale rollen.

Inmiddels is in ons land ook positief effect gevonden van een intensief samenwerkingsmodel uit de Verenigde Staten, het *collaborative stepped care* model. In dit model werkt de huisarts nauw samen met een verpleegkundige of psycholoog (POH-GGZ) en is een psychiater beschikbaar voor advies. Een belangrijke rol is weggelegd voor de POH-GGZ die de patiënt kortdurende psychologische behandeling aanbiedt en het effect hiervan systematisch evalueert. Pas wanneer de behandeling geen resultaat oplevert schrijft de huisarts medicatie voor. Na afloop van de behandeling wordt er aandacht besteed aan het voorkómen van terugval<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Voorkomen van angststoornis in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar gebaseerd op resultaten van NEMESIS-2, meetperiode 2007-2009. Veerbeek M., Knispel A., Nuijen J. GGZ in tabellen. Trimbos Instituut 2012

<sup>2</sup> Hassink -Franke L., Terluin B., Heest F. van, Hekman J., Marwijk H. van, Avendonk M. van. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(2):68-77

<sup>3</sup> Muntingh A. Transforming primary care for anxiety disorders. The collaborative stepped care model.' 2013. Proefschrift. Tilburg University.

## 1. Afbakening en verantwoording

Dit zorgpad is een herziening van een eerdere versie. Aanleiding voor de herziening was de update van onderliggende richtlijnen en standaarden en nieuwe regelgeving. De update van de DSM-IV naar DSM-V is niet verwerkt aangezien de onderliggende documenten nog op de oude DSM versie zijn gebaseerd.

Dit zorgpad is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met angstproblematiek (angstklachten en/ of angststoornissen). De behandeling van chronische problematiek wordt niet in dit zorgpad beschreven. Voor aanvullende informatie over signalering en aanpak van angstklachten bij patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond kunt u [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl) raadplegen.

Het zorgpad beschrijft de bouwstenen voor de ontwikkeling van 'evidence-based' zorgprogramma's of zorgpaden voor de huisartsenzorg (HA) en generalistische basis ggz (BGGZ), waar zorg geboden wordt door huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en psychologen. De relatie met de gespecialiseerde GGZ (SGGZ) wordt tevens aangegeven. Het zorgpad is inhoudelijk gebaseerd op de belangrijkste kwaliteitsinstrumenten van beroepsverenigingen (NHG-Standaard<sup>4</sup>, Multidisciplinaire richtlijn<sup>5</sup>, NHG publicatie Protocollaire GGZ<sup>6</sup>) en wat betreft de vormgeving aangepast aan het verwijfsmodel en productbeschrijvingen van bureau HHM<sup>7</sup>, die per 1 januari 2014 van kracht werden.

Deze laatste beleidskaders geven als algemeen richtsnoer dat:

1. Behandeling door HA + POH GGZ vindt plaats als:
  - Er geen vermoeden is van een stoornis volgens DSM-criteria maar sprake van angstklachten;
  - er is sprake van een DSM-stoornis of een vermoeden daarop, maar daarbij is de ernst van de stoornis licht, het risico laag, de complexiteit meestal afwezig en de duur (beloop) van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor angststoornis; of
  - er sprake is van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico.
2. Verwijzing naar de SGGZ is aan de orde bij:
  - Een hoog risico en/of hoge complexiteit bij vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
3. In alle andere gevallen ligt verwijzing naar de BGGZ voor de hand.

Toegepast op angstproblematiek betekent dit in zijn algemeenheid dat lichte en matige vormen van angst goed te behandelen zijn in de huisartsenzorg - door HA + POH GGZ - of in de BGGZ, mits zij voldoende opgeleid zijn voor deze specifieke technieken. Voorwaarde is dat de POH GGZ goed getraind is om behandelingen uit te voeren. Wanneer er sprake is van (een vermoeden van) complexe angststoornissen met hoog risico - en in ieder geval bij posttraumatische stressstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis - is behandeling in de BGGZ of SGGZ aangewezen.

<sup>4</sup> NHG standaard Angst, 2012.

<sup>5</sup> Balkom A.L.J.M. van, Vliet I.M. van, Emmelkamp P.M.G., Bockting C.L.H., Spijker J, Hermens M.L.M., Meeuwissen J.A.C. 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.

<sup>6</sup> Venrooij M.H. van. Protocollaire GGZ. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014.

<sup>7</sup> Bakker P. en Jansen P. Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Bureau HHM, 2013.

## 2. Herkennen van klachten en risicofactoren

Angstproblemen komen vaak voor. De prognose verbetert door een passende behandeling. Vandaar het belang van vroeg signalering en screening, waardoor een passende behandeling kan worden geboden en verergering van de klachten kan worden voorkomen.

Mensen met angstklachten of een angststoornis vertellen niet altijd meteen over hun angst. Ook hebben patiënten niet altijd het idee dat ze met angstklachten bij de huisarts terecht kunnen. Het kan hierdoor lastig zijn angst te herkennen. Mensen geven soms andere klachten aan en verbergen hun klachten, bewust of onbewust, of presenteren de angstproblematiek als een somatische aandoening. Ook zijn angstklachten soms moeilijk te onderscheiden van depressieve klachten. Omdat de patiënt zijn of haar angsten niet altijd zelf aankaart, moeten hulpverleners moeite doen om deze boven tafel te krijgen.

Figuur 2.1 geeft een overzicht van signalen weer waarbij u aan een angstklacht of een angststoornis moet denken.

**FIGUUR 2.1.**  
**SIGNALEN VAN ANGSTKLACHTEN OF EEN ANGSTSTOORNIS**

Mijden van specifieke situaties (mogelijk een indicatie voor fobische stoornissen, maar het kan ook gaan om een indicatie van depressiviteit);
Piekeren over hier en nu en toekomstige, negatieve gebeurtenissen (mogelijk een indicatie voor gegeneraliseerde angststoornis);
Erg bezig zijn met nare gebeurtenissen uit het verleden en vermijding in het heden van vergelijkbare of gerelateerde gebeurtenissen (mogelijk een indicatie voor ptss);
Opvallend zoeken naar geruststelling (mogelijk een indicatie voor paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis of bij lichamelijke klachten voor hypochondrie);
Opvallende waakzaamheid (eerder PTSS of acute stressstoornis) en controlebehoefte (mogelijk een indicatie voor dwangstoornis);
Onzekerheid of angst met betrekking tot sociale interactie (mogelijk een indicatie voor sociale fobie);
Geagiteerd gedrag, paniek of dwangmatig gedrag (mogelijk een indicatie voor een angststoornis door een middel).

## 3. Screenen en diagnose stellen

### 3.1 Screenen

De screening wordt in eerste instantie uitgevoerd door huisarts of POH-GGZ. Wanneer een andere discipline, waaronder fysiotherapeuten en diëtisten, in de eerstelijns angstklachten vermoedt verwijst hij naar de huisarts. Bij het vermoeden van een angststoornis wordt een aantal vragen gesteld (klachtenanalyse).

#### ENKELE RELEVANTE VRAGEN BIJ HET SCREENEN VAN ANGSTKLACHTEN OF EEN ANGSTSTOORNIS ZIJN:

Durft u dingen niet meer te doen die u vroeger wel durfde of die anderen wel durven?
Moet u dingen die u vroeger niet deed of die anderen niet doen, om daarmee onheil te voorkomen?
Voelt u zich gespannen of angstig?
Heeft u angsten zonder dat u weet waarvoor?
Heeft u beklemmende gedachten?
Belemmeren de gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?

Bij een vermoeden van angstklachten kan een screeningsinstrument gebruikt worden, zoals de veelgebruikte 4DKL, om een globale inschatting te geven van de aard en ernst van de problematiek. Andere disciplines zoals de fysiotherapeut, diëtiste maar met name ook de POH-Somatiek kunnen de 4-DKL afnemen. Bij een vermoeden van angst kunnen zij na overleg met de huisarts verwijzen naar de POH GGZ. De 4-DKL is richtinggevend en kan iets zeggen over de lijdensdruk die iemand ervaart maar is beslist niet absoluut. Ook bij een lage score kan er sprake zijn van ernstige angstklachten. De 4-DKL gaat vooraf aan het stellen van een mogelijke diagnose. Bij specifieke lichamelijke klachten wordt met een gerichte anamnese nagegaan of een somatische aandoening waarschijnlijk is. De GAD-7 (Generalist Anxiety Disorder), is een betrouwbaar zelfinvul meetinstrument van 7 vragen om in de eerstelijns te screenen op gegeneraliseerde angststoornis en voor het meten van de ernst van de klachten. Het instrument is ook online af te nemen.

### 3.2 Diagnostiek

Bij een nader vermoeden van een angststoornis informeert de huisarts of POH-GGZ naar somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies (SCEGS), de context, en het functioneren van de patiënt die met de klacht kunnen samenhangen.

#### RELEVANTE VRAGEN BIJ HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE ZIJN (IN DEZE VOLGORDE):

1. De manifestatie van de angst: hoe ziet het eruit (gevoel, gedrag, gedachten)?
2. De omstandigheden waarin de angsten zich voordoen: waar en wanneer heeft u last van?
3. Waarop de angst is gericht: waar bent u precies bang voor?

4. Welke maatregelen de patiënt neemt om die angsten het hoofd te bieden: wat doet u als u het heeft; wat doet u om ervoor te zorgen dat u het niet krijgt?
5. De ernst: in hoeverre heeft u er last van en beïnvloedt de angst uw leven?
6. Het ontstaan en beloop: hoe en wanneer is het begonnen en hoe is het toen verder gegaan?
7. Zijn er andere klachten zijn die de angstklachten mogelijk versterken of de behandeling ervan in de weg kunnen staan: heeft u nog andere klachten?
8. Op basis van deze vragen geeft de hulpverlener een voorlopige classificatie.
9. Dan: wat heeft men geprobeerd aan behandelingen/maatregelen om te herstellen?
10. Wat is de hulpvraag: wat wilt u dat er gebeurt?

De diagnostiek wordt uitgevoerd volgens de NHG standaard/DSM IV (beide hanteren identieke criteria). De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. Consultatie van een hulpverlener uit de SGGZ is hierbij mogelijk. Desgewenst kan voor diagnostiek direct verwezen worden naar een instelling voor BGGZ of SGGZ.

### 3.3 Bepaling van ernst en zorgvraagzwaarte

Om een indicatie te stellen, is het mede van belang de ernst van de stoornis te bepalen. De ernst van de klachten bepaalt mede welke behandeling de patiënt nodig heeft, en in welke bouwstenen deze valt en dus ook welke kosten er aan verbonden zijn (zie model). Naast de 4DKL kunnen er voor de ernstbepaling en typering van angststoornis uiteenlopende instrumenten gebruikt worden, waaronder semigestructureerde diagnostische interviews en/of psychologische vragenlijsten. Ernstbepaling vindt ook plaats tijdens de behandeling door middel van een beloopinstrument (hiervoor is onder andere de 4DKL geschikt of de Beck Anxiety Inventory (BAI)). De GAD-7 (Generalised Anxiety Disorder), is naast een screener voor gegeneraliseerde angststoornis, ook als beloopinstrument te gebruiken voor het meten van de ernst van de klachten tijdens de behandeling. Het streven is om (een van) deze instrumenten iedere 6 weken af te nemen.

Er is sprake van abnormale angst of een angststoornis met **milde tot gematigde symptomen** wanneer de patiënt gedurende enige weken angstklachten ervaart en daarvan enige hinder ondervindt met beroepsmatig functioneren of sociale activiteiten of relaties met anderen. Verder moet er sprake zijn van een verhoogde angstscore op een screeningsinstrument (bij de 4DKL is de score > 8).

Er is sprake van een angststoornis met **ernstige symptomen** wanneer tenminste één van de volgende aspecten speelt:

- Duidelijke **ernstige** interferentie van de klachten met het beroepsmatig functioneren of met de sociale activiteiten of relaties met anderen;
- De klachten niet verminderen na 6 - 18 weken van behandeling met 1e stap interventies;
- Er sprake is van verschillende typen angststoornissen;
- Sprake is van hypochondrie; hiervoor wordt tijdens de diagnose de vraag gesteld: Bent u de laatste zes maanden overmatig bezorgd over uw gezondheid? Is het antwoord "JA" dan dient men door te vragen naar lichamelijke bezorgdheid;
- Er mogelijk sprake is van een PTSS;
- Wanneer de signalen kunnen passen bij een depressie, dient er depressiediagnostiek ingezet te worden.

Tot slot wordt nagegaan of er andere psychische klachten of problemen bestaan door te vragen naar:

- Hallucinaties of wanen - hallucinaties of wanen kunnen duiden op een psychotische toestand. Verwijzing naar de SGGZ is dan aangewezen;
- Alcohol- of drugsproblemen - bij alcohol- of drugsproblemen is het belangrijk dat de patiënt in eerste instantie van de verslaving afkomt, omdat dan duidelijk wordt welke angstproblematiek overblijft. Als dat niet lukt, kan een gecombineerde behandeling worden overwogen. Verwijzing naar verslavingszorg is dan aangewezen.

Is er in de huisartsenpraktijk sprake van een (vermoeden van een) ernstige angststoornis dan volgt in de regel consultatie van of verwijzing naar de BGGZ of SGGZ voor nadere diagnostiek en behandeling.

### 3.4 Suïcidaliteit

De huisarts en/of POH GGZ kunnen te maken krijgen met patiënten met elke vorm van suïcidaal gedrag: gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen, na een suïcidepoging, of met naasten van personen overleden door suïcide. In de landelijke multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag staan onderstaande aanbevelingen voor de eerstelijns opgenomen<sup>8</sup>.

Voor de huisarts gelden de volgende taken:

- patiënten met gedachten aan de dood, maar zonder plannen er een eind aan te maken, psychiatrisch onderzoeken, vooral naar de aanwezigheid van depressieve symptomen;
- patiënten die denken er een einde aan te maken maar geen (gedetailleerd) plan hebben, verwijzen naar een bevoegd en bekwaam deskundige. De huisarts dient zich zo mogelijk ervan te vergewissen dat de verwijzing daadwerkelijk tot stand is gekomen;
- patiënten met concrete plannen met spoed verwijzen naar een deskundige, meestal de ggz;
- na een suïcidepoging de patiënt somatisch onderzoeken, en beoordelen of (verwijzing voor) somatische behandeling nodig is;
- na suïcide van een patiënt zo nodig de gemeentelijk lijkschouwer inschakelen;
- na suïcide van een patiënt naasten informeren en beoordelen welke nazorg nodig is.

De huisarts kan de continuïteit van zorg bevorderen en daarmee de veiligheid van de suïcidale patiënt als volgt vergroten:

- zo veel mogelijk relevante informatie verstrekken bij de verwijzing van de patiënt naar een andere behandelsetting;
- de doktersdienst informeren over suïcidaal gedrag van de patiënt;
- de rol van de huisarts in de zorg voor de suïcidale patiënt (laten) beschrijven in een eventueel veiligheidsplan van de patiënt en dit afstemmen met andere betrokken disciplines, en eveneens met de naasten van de patiënt<sup>9</sup>;
- herhaald en geregeld contact maken over de suïcidegedachten van de patiënt, in het bijzonder bij patiënten die herstellende zijn van een klinische depressie;
- geregeld proactief navraag doen naar suïcidegedachten bij patiënten die in het (recente) verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond.

<sup>8</sup> Van Hemert A.M., Kerkhof A.J.F.M., Keijser J. de, Verwey B., Boven C. van, Hummelen J.W., Groot M.H. de, Lucassen P., Meerdinkveldboom J., Steendam M., Stringer B., Verlinde A.A., Glind G. van de. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Samenvatting. 2012. De Tijdstroom. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

<sup>9</sup> Hermens, M, Wetten, H van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

## 4. Behandelinterventies

De onderliggende mechanismen van angst kunnen bestaan uit primaire vermijding, maar kunnen ook heel complex zijn. Vermijding kan angst in stand houden. Via verschillende benaderingen kan tijdens de behandelingsfase geprobeerd worden het gevoel van controle terug te geven of de angst hanteerbaar te maken.

Er worden vier behandelinterventies - ook wel de bouwstenen voor het zorgpad - voorgeschreven voor angst, bestaande uit:

- 1) basisinterventies;
- 2) begeleide zelfhulp/e-health, fysieke inspanning, en psychosociale interventies;
- 3) kortdurende psychologische behandeling;
- 4) medicatie en psychotherapie.

Afhankelijk van de ernst van de klachten worden bouwstenen ingezet. Hieronder worden de verschillende behandelinterventies verder uitgelegd.

### 4.1 Basisinterventies

De volgende basisinterventies worden aanbevolen:

#### *Psycho-educatie*

Psycho-educatie bestaat uit het planmatig aanbieden van informatie aan de patiënt afgestemd op zijn/haar kennis en belevingswereld. De patiënt ontvangt informatie over de verschijnselen die horen bij een angststoornis, de complexiteit van de klachten, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling. Het gaat hier om psycho-educatie als zelfstandige interventie.

Psycho-educatie kan worden gegeven in voorlichtende gesprekken, als onderdeel van bibliotherapie/zelfmanagement of als onderdeel van e-health-interventie of een (groeps)cursus. Een goede uitleg van de behandelmogelijkheden is noodzakelijk om de patiënt in staat te stellen te komen tot een weloverwogen keuze. Bovendien bevordert een goede voorlichting de therapietrouw. Bijvoorbeeld, ten aanzien van medicatie is een goede uitleg nodig over de werking, het doseringsschema en de te verwachten bijwerkingen. Psycho-educatie wordt bij herhaling gegeven, afhankelijk van de behoefte aan informatie en de noodzaak, en kan ook gegeven worden aan partner of familieleden van patiënten.

#### *Advisering*

Het is inmiddels algemeen bekend dat een gezonde leefwijze met gezonde voeding en regelmatige beweging het herstel van ziekte en psychische klachten bevordert. Het is goed mogelijk om patiënten te helpen bij het realiseren van een gezonde leefstijl, hetgeen bijdraagt aan de veerkracht. Voorbeelden van websites waar adviezen te vinden zijn over een gezonde leefstijl zijn:

[www.mentaalvitaal.nl](http://www.mentaalvitaal.nl) en [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl). Naast psycho-educatie kunnen praktische adviezen of leefstijladviezen over dagbesteding en activiteiten, slaap- en waakritme, ontspanning en beweging, voeding en middelengebruik, de patiënt helpen om weer beter te worden.

## 4.2 Begeleide zelfhulp en e-health

Begeleide zelfhulp is een effectieve en goed toepasbare eerste stap voor het behandelen van angststoornissen. De patiënt werkt zelfstandig, eventueel met beperkte begeleiding, met een zelfhulpboek met huiswerkopdrachten. Ook zijn er e-health cursussen beschikbaar. De website [www.angstklachten.nl](http://www.angstklachten.nl) geeft informatie over begeleide zelfhulpcursus door POH GGZ. Enkele voorbeelden van zelfhulpcursussen voor angststoornissen waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is bewezen zijn: 'Overwinnen van angstklachten' en 'Alles onder controle'<sup>10</sup>.

Indien er gekozen wordt om zelfhulpinterventies in te zetten, dan is het van belang dat de patiënt in contact blijft met de zorgverlener om het effect van de interventie te evalueren en te bespreken of andere interventies nodig zijn. Sommige internet interventies worden vergoed door de zorgverzekeraar.

Voor angst bestaan groepspreventie cursussen, die steeds meer in de eerstelijns en/of door de gemeente worden aangeboden.

### Ontspanningsinterventie

De ontspanningsinterventie, *Applied Relaxation*, geldt als een bewezen effectieve interventie voor het behandelen van paniekstoornis. Het behelst meer dan alleen ontspannen van het lichaam. Het is gericht op het verbeteren van de interne zelfregulatie/eigen controle van een patiënt en werkt onder andere op lichaamsbewustwording, functionele ademhaling, de capaciteiten om te ontspannen en het onder controle krijgen van angstreacties en de cognities en attributies van lichaamssignalen en -klachten.

Tevens is matige evidentie gevonden voor de effectiviteit van medische fitness.

### Psychosociale interventies

Het gaat bij deze interventies om begeleiding bij psychosociale problemen, met veelal een combinatie van materiële en immateriële problematiek. Praktische hulp wordt gegeven vanuit het psychosociale model. De laagdrempelige hulp is vooral gericht op het verbeteren van sociaal functioneren. Het gaat om ondersteunen bij het leven van alledag, adviseren over instanties, bemiddelen met instanties en aanleren van praktische vaardigheden. Hiervoor kan doorverwezen worden naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Het AMW begeleidt cliënten met psychosociale problemen (waaronder rouwverwerking, eenzaamheid en relatieproblemen), opvoedingsproblemen, en sociaal-materiële problemen (waaronder financiën en huisvesting).

## 4.3 Kortdurende psychologische behandeling en medicatie

Er zijn verschillende varianten van kortdurende psychologische behandeling (KPB), de gekozen aanpak is afhankelijk van de klachten van de patiënt. De kortdurende behandeling gebeurt op basis van principes uit de cognitieve gedragstherapie. Afhankelijk van de situatie van de zorgverlener (taakverdeling, vaardigheden e.d.) kan worden besloten om de kortdurende begeleiding zelf uit te voeren of door te verwijzen naar andere zorgverleners.

<sup>10</sup>Meijer S.A., Smit F., Schoemaker C.G., Cuijpers P. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven 2006.

### Problem solving treatment (PST) en KOP-model

PST kan nuttig zijn voor de behandeling van angstklachten in de huisartsenzorg, die voortkomen uit levensproblemen en waar de patiënt moeilijk uitkomt. PST is een behandeling waarbij met behulp van een beperkte inzet van therapeutische middelen, via een zich snel ontwikkelende werkrelatie, de competentie van de patiënt in het omgaan met problemen en in het gebruiken van sociale steun zodanig wordt bevorderd of hersteld, dat hij of zij in staat is weer richting aan het eigen leven te geven. Doel is om meer en verbeterde controle over de klacht te verkrijgen. De behandeling richt zich op het hier en nu. Een belangrijk kenmerk is de snelle start.

PST is erop gericht patiënten een gestructureerde methode aan te leren om hun problemen in het dagelijks leven op te kunnen lossen. Daaraan ligt de aanname ten grondslag dat psychologische symptomen van angst of depressie vaak veroorzaakt worden door praktische problemen. Tijdens de PST werkt de patiënt aan onderstaande doelen:

- Meer begrip over verband tussen symptomen en problemen;
- Betere omschrijving van huidige problemen en stellen van realistische doelen;
- Aanleren en oefenen van procedure om problemen aan te pakken;
- Stimuleren dat patiënt meer positieve ervaringen met probleem oplossen ervaart, waardoor zelfvertrouwen toeneemt.

De eerste sessie duurt ongeveer 60 minuten, gevolgd door 4-6 sessies van 30 minuten.

De behandeling van angstklachten kan ook plaatsvinden met het KOP-model. Behandeling met het KOP-model (Klachten = Omstandigheden x Persoonlijke stijl) is gericht op het aangeven van grenzen en het zoeken naar steun en rust/ontspanning. Doel hiervan is zicht krijgen op draagkracht/draaglast en balans tussen mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Daarnaast is een belangrijke doel het vergroten van effectieve en verminderen van niet effectieve vaardigheden. Er wordt gebruik gemaakt van een draagkracht-draaglast overzicht, de Utrechtse Coping Lijst, psycho-educatie, het oefenen van nieuwe vaardigheden tijdens de sessie, het oefenen in de praktijk d.m.v. opdrachten. Eventueel volgt een verwijzing naar specifieke sociale vaardigheidstraining.

PST en KOP zijn niet bewezen effectief voor de behandeling van angststoornissen en kunnen worden toegepast voor patiënten die angstgevoelens hebben door levensproblemen of levensomstandigheden.

### Behandeling met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) interventies

Hieronder volgt een korte omschrijving van de belangrijkste CGT-interventies die in de huisartsenzorg of BGGZ kunnen worden toegepast. Voor alle genoemde interventie bestaat enige tot veel evidentie voor specifieke behandeling van angststoornissen.

De interventies betreffen de volgende categorieën: exposure in vivo; cognitieve herinterpretatie/cognitieve herstructurering, sociale vaardigheidstrainingen en training in vaardigheden in het omgaan met angst en paniek.

**Exposure in vivo:** hierbij wordt de patiënt stelselmatig blootgesteld aan die situaties die irreële verwachtingen activeren om zo te kunnen ervaren dat de verwachtingen niet uitkomen en dus inderdaad irreëel zijn.

**Cognitieve herinterpretatie:** hierbij gaat het om het stelselmatig identificeren, onderzoeken en corrigeren van allerlei irreële angstwekkende opvattingen.

**Sociale vaardigheidstraining:** deze interventie is vooral relevant bij sociale fobie. Patiënten leren zich sociaal adequaat te gedragen waardoor sociale situaties als minder angstwekkend worden ingeschat. Exposure in vivo (namelijk aan sociale interactie) is altijd impliciet onderdeel van sociale vaardigheidstrainingen.

**Vaardigheden in omgaan met angst en paniek:** paniekmanagementtraining, waarvan er diverse, onderling verwante vormen bestaan en waarvan ontspanning- en ademhaling training dikwijls onderdeel uitmaakt, evenals exposure in vivo (namelijk aan gevreesde lichamelijke sensaties en/of gevreesde omstandigheden waarin paniek dikwijls voorkomt). Ook anti-piekertrainingen horen bij deze categorie interventies. Anti-piekertrainingen lijken vooral van waarde bij gegeneraliseerde angststoornis.

**Bij PTSS en andere trauma gerelateerde problematiek zijn effectief gebleken psychologische interventies:** imaginaire exposure, EMDR en imaginaire rescripting. Voor stress inoculatietraining is de effectiviteit bij PTSS in bescheiden mate aangetoond.

Als specifieke psychologische interventie bij sociale fobie kunnen we Taak Concentratie Training noemen, waarvoor enige evidentie bestaat bij het behandelen van sociale fobie, zoals bloos- en zweetangst.

### *Medicatie*

Bij de behandeling van angststoornissen met medicatie worden antidepressiva voorgeschreven. Serotonineheropnameremmers (SSRI's) zijn de moderne antidepressiva. Deze worden zo genoemd omdat ze recenter zijn dan de klassieke antidepressiva zoals tricyclische antidepressiva (TCA). Onderzoek heeft aangetoond dat de oude en nieuwe depressiva in de praktijk even effectief zijn. De keus voor het ene of het andere middel berust daarom meestal op een afweging van de bijwerkingen, gevaar voor overdosering, bijkomende psychische en lichamelijke stoornissen en op kosten. Als advies bij farmacotherapie bij angststoornissen (ter overbrugging van behandeling in de tweedelijng GGZ) geldt dat SSRI de voorkeur heeft boven TCA. In verband met de grote kans op toename van angstgevoelens bij het starten van een SSRI wordt meestal aanbevolen om voor korte tijd een benzodiazepine te geven.

Het is belangrijk dat gevraagd wordt naar het gebruik van alternatieve geneesmiddelen, zoals passiflora, valeriana en sint-janskruid, omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan. Sommige interacties kunnen gevaarlijk zijn, zoals die tussen Sint-janskruid en een SSRI.

Er is periodiek contact tussen apotheek en huisarts ingeval van keuze voor farmacotherapie over het verloop van de behandeling.

## 5. Monitoren en terugvalpreventie

Er wordt geadviseerd de voortgang van de behandeling periodiek – bij voorkeur eens in de zes tot acht weken – te monitoren met behulp van een meetinstrument, bijvoorbeeld de BAI. Na uiterlijk vier maanden vindt de behandel-evaluatie plaats. Wanneer de score gedurende de behandeling niet verbetert (bijvoorbeeld na 18 weken met periodieke monitoring, bij voorkeur een keer per 6 of 8 weken), volgt een herbeoordeling van de ernst van de stoornis door middel van vervolg anamnese en hernieuwde toepassing van de DSM-IV criteria. Bij voldoende respons vindt terugvalpreventie plaats. Behandelaars stellen elkaar op de hoogte over het verloop van de behandeling.

## 6. Bijlage

### Over angststoornissen

Jaarlijks krijgt 10,1% van de Nederlanders (18-64 jaar) last van problemen met angst en 19,6% van de Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad<sup>11</sup>. De individuele ziektelast van iemand die last heeft van een angststoornis is hoog. Vrijwel alle angststoornissen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis of paniekstoornis maken twee tot drie keer zo vaak gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg. Patiënten met chronische ziekten als een geïrriteerde darm, astma, cardiovasculaire aandoeningen en chronische pijn hebben veel vaker dan gemiddeld last van angststoornissen.

Over oorzaken van de gediagnosticeerde angststoornissen valt nog weinig te zeggen. In het diagnostisch proces zijn wel bekende somatische aandoeningen, middelen gebruik en andere mogelijke psychiatrische aandoeningen uitgesloten.

### Gevolgen en beloop

Het hebben van een angststoornis kan leiden tot beperkingen met betrekking tot zelfverzorging en het huishouden, alsmede participatieproblemen doordat het beroepsmatig en sociaal functioneren ernstig kan worden aangetast.

Angststoornissen hebben in meerderheid van de gevallen een chronisch beloop (> twee jaar klachten). Het beloop verschilt per type angststoornis. Een paniekstoornis met of zonder agorafobie heeft in het algemeen een wisselend beloop met remissies en exacerbaties. Het beloop van een obsessieve compulsieve stoornis is in het algemeen continu en chronisch; een gegeneraliseerde angststoornis kan eveneens een wisselend beloop met remissies en exacerbaties hebben. Ook hypochondrie en een specifieke fobie blijven vaak lang bestaan. Het beloop van een sociale fobie en van een posttraumatische stressstoornis is minder goed voorspelbaar omdat dat in sterkere mate afhangt van de ernst van de klachten en van de lijdensdruk dan van de aard van de aandoening op zichzelf (NHG standaard Angststoornissen, 2009).

### Beschrijving angststoornissen<sup>12</sup>

#### Paniekstoornis met en zonder agorafobie

Van een paniekaanval is sprake als de angst intens is. Het betreft symptomen, zoals een kloppend of bonzend hart, of versnelde hartslag, zweten, trillen of beven, gevoelens van ademnood, het gevoel te stikken, et cetera. Het voorkomen van paniekaanvallen betekent niet dat er eveneens sprake is van een paniekstoornis. Bij een paniekstoornis zijn de aanvallen niet voorspeld en niet gebonden aan een situatie en zijn patiënten tussen de aanvallen door vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen. Het komt vaak voor dat patiënten tevens een angst voor publieke gelegenheden ontwikkelen, zoals warenhuizen, treinen, restaurants en bioscopen, waar men bij het optreden van een paniekaanval moeilijk kan ontsnappen of hulp kan krijgen. Er wordt gesproken van paniekstoornis met agorafobie wanneer spontane paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke publieke gelegenheden.

<sup>11</sup> Voorkomen van angststoornis in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar gebaseerd op resultaten van NEMESIS-2, meetperiode 2007-2009. Veerbeek M., Knispel A., Nuijen J. GGZ in tabellen. Trimbos Instituut 2012

<sup>12</sup> Balkom A.L.J.M. van, Vliet I.M. van, Emmelkamp P.M.G., Bockting C.L.H., Spijker J., Hermens M.L.M., Meeuwissen J.A.C. 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.

#### Sociale angststoornis (fobie)

Er is onderscheid in twee typen: specifieke sociale fobie, de patiënt heeft last van één specifieke situatie, bv spreken in het openbaar, en de gegeneraliseerde sociale fobie, waarbij de patiënt angst heeft voor een groot aantal sociale situaties. Het merendeel van de mensen behoort bij het tweede type. Mensen met een sociale fobie vermijden situaties omdat ze bang zijn door andere negatief te worden beoordeeld of omdat ze bang zijn angstverschijnselen (zweeten, trillen, blozen) te tonen.

#### Obsessief Compulsieve stoornis (OCD)

De OCD wordt ook wel dwangstoornis genoemd. Het kan gaan om dwanggedachten of om dwanghandelingen. De persoon is zich ervan bewust dat de handelingen of gedachten overdreven of onredelijk zijn. Door de dwang komt de persoon vaak in conflict met zijn omgeving. Het moet gaan om vaak terugkerende of hardnekkige gedachten waaraan men geen weerstand kan bieden. De persoon is zich bewust van de onredelijkheid. Bij dwanghandelingen gaat het om gedrag (handen wassen, controleren), waartoe men zich gedwongen voelt, en ze zijn vaak bedoeld om een bepaalde angstwekkende gebeurtenis te voorkomen.

#### Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS)

Patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) zijn nerveus en gespannen en tobben over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Dagen met klachten zijn in de meerderheid en de patiënt heeft moeite de toberijen onder controle te houden. Verder heeft de patiënt last van klachten zoals concentratieproblemen, spierspanning klachten, slaapstoornissen, snelle vermoeibaarheid, et cetera.

#### Post Traumatische Stress stoornis (PTSS)

De stoornis kan optreden na de beleving van een schokkende gebeurtenis, bv een oorlogservaring, aanranding, ongeluk, beroving, etc. Het gaat daarbij om een extreem verlies aan controle en een enorme ontwrichting van datgene wat als vanzelfsprekend werd ervaren. De PTSS hindert mensen in hun dagelijkse functioneren, chronische stress, overmatige waakzaamheid en lichamelijke klachten kunnen het gevolg zijn.

#### Acute Stressstoornis (ASS)

Net als bij een posttraumatisch stress stoornis (PTSS) is er bij patiënten sprake van een confrontatie met een (ernstige) traumatiserende ervaring. Net als PTSS voelt de patiënt zich vaak verdoofd, machteloos, onwerkelijk, angstig, is de patiënt prikkelbaar, schrikachtig, zijn er slaap- en concentratieproblemen en wordt de situatie vaak opnieuw beleefd. Het grootste verschil met PTSS is het tijds criterium: wanneer de symptomen korter duren dan één maand, is er sprake van ASS.

#### Specifieke fobie

De specifieke fobie betekent een aanhoudende angst voor een specifieke situatie (vliegen, lift) of specifiek voorwerp of (injectie krijgen, spinnen). De persoon is zich van de onredelijkheid bewust en mijdt de situatie, het voorwerp zoveel mogelijk. Hierdoor kan het dagelijkse leven sterk belemmerd worden.

#### Hypochondrie

Iemand heeft last van hypochondrie wanneer men overmatig bezorgd is een ernstige ziekte te hebben op basis van lichamelijke symptomen die verkeerd worden geïnterpreteerd. Uit medisch onderzoek moet gebleken zijn dat niets wijst op het bestaan van een ernstige ziekte. Er moet ook sprake zijn van overmatig lijden en beperkingen in het dagelijkse leven vanwege de hypochondrie. Men heeft last van hyperventilatie of hartkloppingen.



**Ziektevrees**

Ziektevrees en hypochondrie worden in dit profiel geplaatst op een continuüm van ernst van de stoornis. Zowel bij een ziektevrees als bij hypochondrie speelt een angst voor het hebben of ontwikkelen van een ziekte. Een ziektevrees is een beter corrigeerbare (mild tot matige ) angst voor ziekten, een mildere vorm van hypochondrie. Hypochondrie kan gepaard gaan met psychiatrische verschijnselen zoals wanen of onderdeel zijn van een psychiatrisch aandoening zoals ernstige depressies en schizofrenie.