

Angstklachten en angststoornissen

De stoornis

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en begeleidende lichamelijke klachten een rol spelen. Het verschil met een angststoornis is de ernst van de symptomen. De overgang van 'angstklachten' naar een 'angststoornis' heeft geen exact afkappunt. Pathologische angst komt bij veel psychische aandoeningen voor. Als angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis.

Soorten angststoornissen:

- Paniekstoornis: recidiverende paniekaanvallen, met tussendoor angst voor een nieuwe paniekaanval.
- Agorafobie: angst voor en vermijding van situaties waaruit men denkt moeilijk te kunnen ontkomen of waarin men moeilijk hulp zou kunnen krijgen bij een paniekaanval.
- Specifieke fobie: hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van specifieke objecten/situaties.
- Sociale-angststoornis (sociale fobie): hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van situaties waarin men wordt blootgesteld aan een mogelijke kritische blik van anderen.
- Sociale-angststoornis kan onderverdeeld worden in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan een specifieke situatie zoals podiumvrees, en in een gegeneraliseerde vorm, waarbij de angst in verschillende situaties voorkomt.
- Gegeneraliseerde-angststoornis: buitensporige, aanhoudende angst en piekergedachten over een verscheidenheid aan dagelijkse onderwerpen.
- Scheidingsangst of separatieangststoornis: niet bij de ontwikkelingsfase passende, excessieve angst of vrees om gescheiden te worden van diegenen aan wie men gehecht is.
- Obsessieve compulsieve stoornis: terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies), en/of dwanghandelingen (compulsie).

Bij kinderen en jongeren kunnen daarnaast voorkomen:

- Selectief mutisme: het consistent niet spreken in sociale situaties waarin dit wel wordt verwacht (zoals op school) terwijl er wel op andere momenten wordt gesproken.
- Schoolweigeren (ook wel schoolfobie genoemd).

De epidemiologische kenmerken

De prevalentie bij kinderen en jongeren wordt geschat tussen de 2 en 6%. De prevalentie bij volwassenen in de leeftijd van 18-65 jaar en bij 65-plussers wordt geschat op 10%.

De specifieke fobie komt het vaakst voor, gevolgd door de sociale fobie, de gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis. Angststoornissen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen en komen het meest voor bij mensen tussen 25 en 44 jaar. In deze periode ontstaan ook de meeste angststoornissen. In de kindertijd of adolescentie kunnen met name de sociale fobie, de specifieke fobie en de gegeneraliseerde angststoornis ontstaan. Onder ouderen komt de gegeneraliseerde angststoornis het meest voor. Angststoornissen staan in de top 10 van ziekten met de grootste ziektelast.

Vroege onderkenning en preventie

Veel patiënten bespreken hun angsten niet uit zichzelf. Ze presenteren zich met somatische klachten of problemen, die achteraf blijken samen te hangen met angst. De volgende situaties kunnen wijzen op angstklachten of -stoornissen:

- Frequent bezoek aan de huisarts voor wisselende en onderling niet samenhangende, vaak somatische, klachten.
- Aanhoudende aspecifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen.
- 'Hyperventilatie'-klachten, zoals benauwdheid, transpireren, droge mond, etc.
- Aanhoudende lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak gevonden en waarbij de patiënt nauwelijks of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden.
- Verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen.
- Alcohol- of drugsproblemen.
- Depressieve klachten of een depressie.
- Angststoornis in de voorgeschiedenis of bij familieleden

Signalen bij kinderen en jongeren kunnen zijn: hoofdpijn en buikpijn, problemen met afscheid nemen, inslaapproblemen, nachtmerries, schoolverzuim, veel geruststelling vragen aan volwassenen.

Geïndiceerde preventie kan bestaan uit: psycho-educatie, leefstijladvisering en gestandaardiseerde (groeps)cursussen (incl. eHealth).

Diagnostiek

Voor de diagnostiek zijn vaak meerdere contacten nodig. Gebruik eventueel een (zelfrapportage) vragenlijst.

Houd er rekening mee dat veel mensen zich schamen voor hun angst.

Huisarts (of POH-GGZ) vraagt de aard, de ernst en het beloop van de klachten uit of verwijst naar de generalistische basis-ggz. Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 of ICD-1014 door een bevoegde hulpverlener op basis van klinisch onderzoek en het zorgvuldig uitvragen van de symptomen.

Aandachtspunten

- Een angststoornis komt vaak samen met een depressieve stoornis voor.
- Een verslaving kan zowel oorzaak als gevolg van een angststoornis zijn.
- Gebruik bij het uitvragen ogenschijnlijk synonieme termen voor angst (zeker bij ouderen).
- Vraag standaard naar suïcidaliteit.
- Vraag standaard naar geheugen- en oriëntatieklachten.
- Doe bij jonger volwassenen aanvullend lichamelijk onderzoek en eventueel laboratoriumonderzoek als er een vermoeden is van somatische oorzaak/aandoening.

Behandeling en begeleiding

Basisinterventies

- Start binnen 2 weken nadat een angststoornis is vastgesteld met psycho-educatie, activering en het tegengaan van vermijding en actief volgen.
- Wijs de patiënt op informatie over angst via www.thuisarts.nl en de patiëntenvereniging voor mensen met angst, dwang en fobie (www.adfstichting.nl) en www.nedkad.nl.
- Verwijs eventueel naar cursussen (waaronder begeleide zelfhulp)
- Verwijs eventueel naar (regionaal) lotgenotencontact voor patiënten en naasten van de Angst Dwang en Fobie stichting en de Nederlandse Hyperventilatie Stichting.
- Besteed aandacht aan het verminderen/staken van bepaalde psychoactieve stoffen, zoals cafeïne (pepdrankjes), alcohol en cannabis.

Overweeg daarnaast de volgende eerste stap interventies: bibliotherapie, zelfmanagement, e-health, steunend-structurende begeleiding, activerende begeleiding en psychosociale zorg.

Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Bij matige en ernstige problematiek en als vervolgbehandeling bij lichte problematiek heeft psychologische behandeling een lichte voorkeur boven farmacotherapie. Bij ernstige comorbide depressie heeft behandeling met antidepressiva echter de voorkeur.

Gegeneraliseerde-angststoornis	Cognitieve (gedrags)therapie (C(G)T)
Paniekstoornis	C(G)T -psychologisch paniekmanagement (PM) of exposure in vivo (EV)
Agorafobie	C(G)T -psychologisch paniekmanagement (PM) of exposure in vivo (EV)
Sociale-angststoornis	Exposure in vivo (EV) wanneer vermijding centraal staat Cognitieve (gedrags)therapie (C(G)T) wanneer disfunctionele cognities centraal staan Sociale vaardigheidstraining Taakconcentratietraining
Specifieke fobie	Exposure in vivo (EV) (eerste keus) Imaginaire exposure (tweede keus als exposure in vivo niet haalbaar blijkt)
Obsessieve compulsieve stoornis	Exposure in vivo met responspreventie (ERP) (eerste keus) Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGCT) (tweede keus)

Medicatie

- Zie de Standaard voor medicijnen die effectief kunnen zijn in de behandeling bij volwassenen.
- Volg voor de stappenvolgorde in de farmacotherapie de algoritmes in de MDR Angststoornissen.
- Volg voor de start- en streefdoseringen en evaluatiemomenten de MDR Angststoornissen.
- Weeg bij de keuze voor medicijnen de (eerdere) ervaring bij de patiënt met het middel, bijwerkingen, comorbiditeit, co-medicatie en risico's bij overdosering mee.
- Wees als huisarts bij verwijzing naar de generalistische basis ggz of de specialistische ggz terughoudend met het starten van farmacotherapie. Overleg bij wachtlijsten met een psychiater.

Vaktherapie

In de specialistische GGZ kan in het kader van een poliklinisch, deklinisch of klinisch behandelpakket vaktherapie worden ingezet bij de behandeling van alle typen angststoornissen.

Biologische behandeling

Voor therapieresistente patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis zijn moderne neurochirurgische stereotactische procedures beschikbaar zoals cingulotomie en capsulotomie en Deep Brain Stimulation (DBS). Deze behandelingen worden alleen in gespecialiseerde centra gegeven.

Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Patiënten initiëren, vaak als aanvulling op reguliere behandelwijzen, andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Deze behandelwijzen komen niet in de plaats van reguliere behandeling. Bespreek vooral het gebruik van kruiden en zelfzorg-medicijnen, zoals pijnstillers of middelen tegen spierpijn, omdat die mogelijk interacteren met medicatie.

Herstel, participatie en re-integratie

- Besteed aandacht aan herstel, participatie en re-integratie vanaf de start van de behandeling.
- Zet desgewenst ervaringsdeskundigen in bij de begeleiding van patiënten bij het herstelproces.
- Focus op activering. Dit geeft de patiënt gevoelens van daadkracht en moed.
- Zoek, zodra duidelijk is welke specifieke beperkingen de betrokkene ervaart op het gebied van arbeid, opleiding, sociale contacten etc interventies die zich richt op grotere belastbaarheid.
- Zet rehabilitatiewerkers in voor ondersteuning om (weer) mee te kunnen doen in de maatschappij.
- Zet effectieve rehabilitatie methodieken in zoals Individuele Plaatsing & Steun (IPS) voor hulp bij het zoeken naar betaald werk, Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) voor hulp bij persoonlijke participatiedoelen op diverse levensterreinen.

Organisatie van zorg

Iemand die hulp zoekt voor behandeling van een angststoornis gaat in de regel naar zijn huisarts. Deze beoordeelt vaak samen met de POH-GGZ de situatie. Daarop volgt behandeling door de huisarts en/of POH GGZ of verwijzing naar de generalistische basis-ggz, de gespecialiseerde of de hoogspecialistische ggz. Jeugdigen met een angststoornis en hun verzorgers kunnen ook als eerste met wijkteams in aanraking komen. Bij therapie-resistentie kan een second opinion overwogen worden bij een in angst gespecialiseerd supra-regionaal behandelcentrum.

Samenhang met generieke modules

Arbeid als medicijn, Bijwerkingen, Comorbiditeit, Diagnostiek en behandeling in de generalistische basis-ggz, Diagnostiek en behandeling psychische klachten in de huisartsenpraktijk, Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Diversiteit, eHealth, Ernstige psychische aandoeningen (EPA), Herstelondersteuning, Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken, Organisatie van zorg voor kind en jongere, Ouderen met psychische aandoeningen, Psychische klachten in de kindertijd, Psychotherapie, Vaktherapie, Vroege opsporing van psychische klachten, Zelfmanagement, Ziekenhuispsychiatrie