

Samenvatting van de NHG-standaard 'Angst'

Mariëlle J.P. van Avendonk, Lieke J.A. Hassink-Franke, Berend Terluin, Harm W.J. van Marwijk, Tjerk Wiersma en Jako S. Burgers

- In de NHG-standaard 'Angst' komen naast de verschillende typen angststoornissen ook angstklachten aan bod.
- Het onderscheid tussen angstklachten en de verschillende angststoornissen is van belang voor de prognose en de keuze van behandeling.
- De diagnostiek vindt zo nodig verspreid over meerdere consulten plaats.
- De behandeling gaat uit van het 'stepped-care' model. Bij angstklachten volstaat voorlichting met controleafspraken en bij een angststoornis met een geringe ziektelast volstaan voorlichting en zelfhulpadviezen onder begeleiding. Bij onvoldoende effect daarvan of bij ernstige ziektelast zijn eerst cognitieve gedragstherapie, daarna een antidepressivum of beide aangewezen.
- Indien een antidepressivum gestart wordt, hebben SSRI's een lichte voorkeur boven tricyclische antidepressiva vanwege het kleinere risico op ernstige bijwerkingen.

In februari 2012 publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de standaard 'Angst'. Deze standaard geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij volwassenen met angstklachten en angststoornissen. De standaard is een herziening van de NHG-Standaard 'Angststoornissen' uit 2004 en grotendeels gebaseerd op de herziene multidisciplinaire richtlijn 'Angststoornissen' die in 2009 werd gepubliceerd.¹ De volledige tekst en de wetenschappelijke verantwoording zijn beschikbaar op <http://www.artsennet.nl/home.htm>.

Omdat mensen met angst vaak niet zozeer last hebben van het gevoel of van het piekeren maar van de gevolgen ervan, zoals moeheid of slaapgebrek, kan het moeilijk zijn angstklachten te bespreken. Ontkenning en vermindering spelen bovendien vaak een rol. Met deze standaard willen we het bespreken van angst voor huisartsen faciliteren.

Bij angstklachten is er sprake van normale angst, waarbij de klachten gerelateerd zijn aan problemen die bedreigend zijn of die als dreigend worden ervaren op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, gezondheid). Bij angststoornissen bestaat er abnormale angst, waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het sociaal functioneren. Onder abnormale angst verstaan we een ongewoon heftige of langdurige angst die na geen of een minimale prikkel ontstaat, die niet past bij de situatie en die voor derden en vaak ook voor de patiënt oninvoelbaar is. De overgang van normale naar abnormale angst kent geen exact afkappunt; dit is een continuüm. Het hebben van angstklachten geeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis.

PREVALENTIE

Veel mensen die de huisarts bezoeken hebben een vorm van angstklachten en zijn bijvoorbeeld bezorgd over hun

*Nederlands Huisartsen Genootschap,
afd. Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, Utrecht.*

*Dr. M.J.P. van Avendonk, huisarts n.p. en
wetenschappelijk medewerker;*

*dr. T. Wiersma, huisarts en
seniorwetenschappelijk medewerker;*

*dr. J.S. Burgers, huisarts.
UMC St. Radboud, Nijmegen.*

*Dr. L.J.A. Hassink-Franke,
huisarts en onderzoeker.*

VUmc, Amsterdam.

*Dr. B. Terluin,
huisarts n.p. en senior-onderzoeker;*

*dr. H.W.J. van Marwijk,
huisarts en universitair hoofddocent.*

gezondheid, maar ook angststoornissen komen regelmatig voor. De prevalentie in de Nederlandse bevolking is 7,7% bij mannen en 12,5% bij vrouwen. Daarmee komen angststoornissen vaker voor dan depressie. Een groot deel van de mensen met een angststoornis gaat niet naar de huisarts of wordt niet als zodanig door de huisarts herkend, in de huisartsenpraktijk ligt de prevalentie daardoor lager: ongeveer 7 per 1000 mannen en 14 per 1000 vrouwen. De prevalentie van 'angststoornissen en/of angstgevoelens' in de huisartsenregistratiesystemen is bij mannen 19 en bij vrouwen 38 per 1000. Hier vallen ook angstklachten onder.

Naast angstklachten komen in de standaard de volgende angststoornissen aan de orde: paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en post-traumatische stressstoornis. Hypochondrie, een van de somatoforme stoornissen, is ook in deze standaard opgenomen, omdat hierbij angst voor een ernstige ziekte centraal staat.

DIAGNOSTIEK

De huisarts dient bij verschillende zaken alert te zijn op angstproblematiek: bij frequent spreekuurbezoek voor wisselende en onderling niet samenhangende, veelal somatische klachten, bij aanhoudende klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt, bij verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen, alcohol- of drugsproblemen, bij depressieve klachten of een depressie en bij een angststoornis in de voorgeschiedenis of in de familie. Bij het vermoeden op angstklachten of een angststoornis informeert de huisarts naar de duur en het beloop van de klachten, naar de mate van subjectief lijden en sociaal disfunctioneren. Ook vraagt hij of zij naar de aard of het object van de angst, naar de gevolgen van de angst, zoals het vermijden van situaties of activiteiten, naar de aanleiding en naar eventuele relatie met stress. Ook suïcidale gedachten of plannen en psychische comorbiditeit moeten uitgevraagd worden. Als hulpmiddel bij het maken van onderscheid tussen een angststoornis, depressie, spanningsklachten of somatisatie kan de huisarts gebruik maken van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Het invullen van deze lijst kan de patiënt ook helpen de klachten te verwoorden en onder ogen te zien. Voor het stellen van de diagnose zijn vaak meerdere consulten nodig. Vertrouwen, veiligheid en aandacht zijn voorwaarden voor een goed diagnostisch gesprek. De huisarts moet er rekening mee houden dat veel mensen zich schamen voor hun angst. Bij de diagnostiek wordt onderscheid gemaakt tussen angstklachten en angststoornissen, omdat de behandeling verschilt. Bij een angststoornis wordt getracht te differentiëren tussen een van de eerdergenoemde angststoornissen, waarbij men zich

bewust moet zijn dat onvolledig ontwikkelde beelden en mengvormen regelmatig voorkomen. Differentiaaldiagnostisch komen verschillende aandoeningen in aanmerking: somatische aandoeningen, zoals hyperthyreoïdie en hartritmestoornissen, al dan niet psychotische depressie, psychotische stoornis, delier, dementie en somatisatie.

BEHANDELING

Bij angstklachten zijn voorlichting en geruststelling vaak voldoende. De huisarts legt uit dat angstklachten regelmatig voorkomen en meestal van voorbijgaande aard zijn. De klachten kunnen gerelateerd zijn aan dreigende problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden. Als hierbij ook depressieve klachten bestaan, is 'problem-solving treatment' een goede behandeloptie om de problemen aan te pakken.

Angststoornis Bij een angststoornis hangt de keuze van behandeling af van het type stoornis, de ernst van de klachten en de aanwezigheid van comorbiditeit (tabel). De aard van het contact en de ruimte die de patiënt geboden wordt om emoties te bespreken, is belangrijker dan de specifieke interventie. Niet-specifieke aspecten van de behandeling als een vertrouwenwekkende arts-patiëntrelatie, empathie, het bieden van hoop, het opstellen van een gestructureerd behandelplan en een overtuigende rationale van de aanpak bepalen een groter deel van het effect dan de specifieke behandelaspecten. Bij de keuze van behandeling kan het 'stepped care'-model nuttig zijn. Hierbij wordt gestart met de minst ingrijpende interventie en als deze onvoldoende effect heeft, wordt intensievere behandeling ingezet.

Stap 1 De behandeling begint met voorlichting, waarbij de huisarts uitlegt dat mensen vaak bang worden voor hun eigen angst en voor situaties waarin die angst zou kunnen optreden. Wanneer de angst gekoppeld is aan bepaalde situaties of objecten, bestaat de neiging om deze te vermijden om minder last te hebben van de angst, zogenoemd vermijdingsgedrag. Wanneer de patiënt toch herhaaldelijk met de angstige situatie of het gevreesde object wordt geconfronteerd, wordt de angst uiteindelijk steeds heviger.

Stap 2 Bij angststoornissen met relatief gering lijden en weinig tot geen sociaal disfunctioneren is voorlichting met zelfhulp (instructies op basis van cognitieve gedragstherapeutische technieken) een goede optie. Dit gebeurt met begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk of met een hulpverlener die verbonden is aan het zelfhulpprogramma; deze keuze is mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt. Hoe meer de patiënt begeleid wordt bij zelfhulp (met aandacht voor de voortgang en motivatie), des te meer effect te bereiken valt. De 'Angst, Dwang en Fobie Stichting' (www.adfstichting.nl) heeft informatie over zelfhulpmogelijkheden.

TABEL Behandelopties voor angstklachten en verschillende angststoornissen

aandoening	behandeling		
	stap 1	stap 2	stap 3
angstklachten	voorlichting, eventueel 'problem-solving treatment'		
angststoornis gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en paniekstoornis	voorlichting	zelfhulp, al dan niet met begeleiding	cognitieve gedragstherapie of antidepressivum
specifieke fobie hypochondrie	voorlichting	zelfhulp, al dan niet met begeleiding	cognitieve gedragstherapie
posttraumatische stress-stoornis obsessieve-compulsieve stoornis	voorlichting en verwijzing		

Stap 3 Bij onvoldoende effect, ernstig lijden of sociaal disfunctioneren of psychische comorbiditeit zijn cognitieve gedragstherapie en behandeling met een antidepressivum geschikte opties. Deze opties hebben een gelijkwaardig effect op de klachten en beperkingen bij een angststoornis. Er bestaat voorkeur voor cognitieve gedragstherapie omdat het risico op terugval na staken van de behandeling kleiner is.

Cognitieve gedragstherapie De huisarts verwijst naar een psycholoog, psychotherapeut of psychiater, die is opgeleid in het geven van cognitieve gedragstherapie. De laatste jaren zijn interventies gebaseerd op 'mindfulness' in opkomst. Deze techniek wordt vaak geïntegreerd in cognitieve therapie ('mindfulness based cognitive therapy'). Deze therapie is effectief gebleken bij verschillende typen angststoornissen.

Medicatie Indien de patiënt na voorlichting kiest voor een antidepressivum, hebben serotonerge tricyclische antidepressiva (clomipramine en imipramine) en SSRI's bij de meeste angststoornissen een gunstig effect op het beloop. Er bestaat een lichte voorkeur voor SSRI's vanwege het bijwerkingenprofiel, het eenvoudigere doseringsschema en daardoor een betere therapietrouw. De effectiviteit van de verschillende SSRI's is vergelijkbaar. Het advies is om met een beperkt aantal middelen ervaring op te doen.

De standaard adviseert terughoudend te zijn met het voorschrijven van benzodiazepines, dit is hooguit in de eerste 2 tot 4 weken na het begin van behandeling met een antidepressivum geïndiceerd om eventuele initiële angsttoename op te vangen. Combinatietherapie van cognitieve gedragstherapie en een antidepressivum heeft meerwaarde als deze behandelingen elk op zich onvoldoende effect hebben of als de angststoornis gepaard gaat met een depressie. Wanneer een patiënt een obsessieve-compulsieve stoornis of een posttraumatische stressstoornis

heeft, is het veelal verstandig om direct te verwijzen naar een psychotherapeut of psychiater met kennis en ervaring in het behandelen van deze aandoeningen.

VERWIJZING EN SAMENWERKING

De huisarts verwijst patiënten bij voorkeur naar therapeuten met ervaring in cognitieve gedragstherapie en maakt afspraken over terugverwijzing en communicatie over de patiënt (meer informatie in 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak: Angststoornissen').² Indicaties voor consultatie of verwijzing naar een psychiater dan wel psychotherapeut zijn: problemen met de diagnostiek, onvoldoende effect van behandeling na 2 tot 3 maanden, suïcidaliteit, bepalen van de plaats van antidepressiva in een zwangerschap of tijdens lactatie, een obsessieve-compulsieve stoornis en een posttraumatische stressstoornis. De huisarts overlegt zo nodig en zo mogelijk met de bedrijfsarts met het oog op de aanpak van werkgerelateerde oorzaken en gedeeltelijke of volledige continuering of hervatting van werk.

Belangenconflict: H.W.J. van Marwijk ontving financiële vergoeding van Pfizer voor het houden van een lezing. L.J.A. Hassink-Franke ontving vacatiegelden van het NHG. B. Terluin ontving en het instituut waarvoor hij werkzaam is, ontvangingen gelden van het NHG voor het bijwonen van werkgroepbijeenkomsten en van verschillende instellingen voor na- en bijscholing en kregen royalty's van Uitgeverij Datec BV voor het commercieel gebruik van de 4DKL. M. van Avendonk ontving gelden van Sanofi-Aventis voor het bijwonen van een congres en kreeg royalty's voor het boek 'Leven met Diabetes'. Financiële ondersteuning voor dit artikel: geen gemeld.

Aanvaard op 2 februari 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4509

➤ Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk

LITERATUUR

- 1 Trimbos instituut. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Trimbos instituut; 2003.
- 2 Vriezen JA, Lamers ETT, Faber E, et al. LESA Angststoornissen. Huisarts & Wetenschap. 2007;50:S1-S4.