

DOPPA ZORG – ZORGPADEN - SGGZ

'ANGSTSTOORNISSEN (WAARONDER PANIEK EN DWANG)'

SIGNALEREN

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en bijkomende 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. De DSM 5 beschrijft diverse soorten angststoornissen. Gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, agorafobie, sociale-angststoornis, specifieke fobie, obsessieve compulsieve stoornis, separatieangst stoornis, selectief mutisme, angststoornis door somatische aandoening, andere gespecificeerde angststoornis en ongespecificeerde angststoornis.

Veel cliënten bespreken de angsten niet uit zichzelf. Ze presenteren zich met somatische klachten of problemen, die achteraf blijken voort te komen uit angstklachten.

De volgende situaties kunnen wijzen op angstklachten of -stoornissen:

- *Een regelmatig bezoek aan de huisarts voor wisselende en onderling niet samenhangende, vaak somatische, klachten.*
- *Aanhoudende atypische klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen.*
- *Hyperventilatie-klachten, zoals benauwdheid, zweten, droge mond, etc.*
- *Aanhoudende lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak gevonden en waarbij de cliënt 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.*

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

'ANGSTSTOORNISSEN (WAARONDER PANIEK EN DWANG)'

DIAGNOSTIEK

Start, bij breed onderzoek, met het afnemen van vragenlijsten zoals SQ-48, SCL-90, 4-DKL vragenlijst en een klacht/anamnese gesprek. Deze vragenlijsten worden gebruikt om psychiatrische en psychologische klachten in brede zin te kunnen herkennen. Voor specifieke diagnostiek kan onder andere de BSQ, SCID, NPV en UCL toegevoegd worden aan de testbatterij. Hiermee is er aandacht voor lichamelijke sensaties, persoonlijkheid en coping stijl. Indien de indicatiestelling van type angststoornis is gedaan, kan er middels afname van assessments in de bijbehorende protocollen meer inzicht verkregen worden in de klachten, en eventuele in standhoudende, verklarende en veroorzakende factoren.

In de diagnostiekfase van de angstklachten dient de clinicus door te vragen en de volgende vragen in kaart te brengen: In welke mate van 0-10 voelt cliënt zich gespannen, angstig of maakt cliënt zich zorgen en hoe uit deze spanning zich bij cliënt? In hoeverre is de angst van cliënt specifiek? Hoe verklaart cliënt zijn/haar angst? Wat is er gebeurd dat cliënt angstig is geworden? In hoeverre belemmert de angst het dagelijks functioneren van cliënt? Kan cliënt aangeven welke situaties hij/zij uit de weg gaat? Hoe reageert de omgeving van cliënt op de aanwezige angsten?

Classificatie vindt plaats volgens DSM 5. Standaard wordt gevraagd naar suïcidaliteit (waar nodig uitgediept met: risicotaxatie suïcidaliteit). Ook wordt standaard gevraagd naar geheugen- en oriëntatieklachten, m.n. bij de oudere doelgroep. De (hetero) anamnese is daarom van groot belang.

Het (dis)functioneren in verschillende domeinen/leefgebieden wordt beoordeeld.

'ANGSTSTOORNISSEN (WAARONDER A.O PANIEK EN DWANG)'

BEHANDELINTERVENTIES

De behandeling wordt gestuurd vanuit een multidisciplinair vastgesteld behandelplan, waarin via gezamenlijke besluitvorming tussen de behandelaar en de cliënt doelen zijn geformuleerd. Tevens kan samenwerken met naasten belangrijk zijn. Er wordt gestart met psycho-educatie, activering en het tegengaan van vermijding en actief volgen. Daarbij kan de cliënt gewezen worden op de bestaande patiëntenverenigingen. Er wordt psychologische en psychotherapeutische behandeling gestart. Onderstaande methodieken zijn daarin wenselijk.

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 dis-functionele 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)

Vak therapie (zo als PMT) kan bijdragen aan de vermindering van klachten. Dit wordt vaak geadviseerd in combinatie met psychologische hulp.

Bij matige en ernstige problematiek en als vervolgbehandeling bij lichte problematiek heeft psychologische behandeling een lichte voorkeur boven farmacotherapie. Bij ernstige en/of co morbide klachten dient de combinatie van behandeling met medicatie afgewogen worden. Hiervoor dient een psychiater of huisarts betrokken te worden.

'ANGSTSTOORNISSEN (WAARONDER A.O PANIEK EN DWANG)'

NAZORG/ TERUGVALPREVENTIE

De behandeling wordt langzaam afgebouwd waarbij er aandacht is voor een goede balans tussen afstand en nabijheid, waardoor kans op afhankelijkheid minimaal is en vergroten van zelfredzaamheid en zelfvertrouwen gestimuleerd wordt.

Er wordt met de cliënt besproken welke behandelmethodieken er zijn ingezet tijdens de interventie en welke methodiek, techniek de cliënt zelf kan inzetten bij eventuele terugval of het ervaren van angstklachten.

Er wordt gezamenlijk een terugval preventieplan gemaakt om cliënt er alert op te maken dat dit zijn/haar 'aandachtspunt' zal blijven en zelf nu handvatten heeft wat bij eventuele terugval cliënt kan doen. Daarbij wordt het protocol als leidraad gebruikt.

Bij afronding van de behandeling zal de (regie)behandelaar de zorg overdragen aan de cliënt zelf, naaste of een andere behandelaar, ondersteuner of begeleider.