

Angst & dwangstoornissen

Signaleren

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens, -gedachten en lichamelijke kenmerken een rol spelen. De situaties en mate waarin angst beleefd wordt verschillen van mens tot mens. Ook de bijbehorende gedachten en gevoelens zijn voor iedereen anders. Het ervaren van angst op zich is heel normaal. Het heeft vaak een waarschuwend en daarmee beschermende functie. Er kan immers iets vervelends gebeuren. Of iets prettigs dreigt verloren te gaan. We spreken echter nog niet van een stoornis.

Bij een angststoornis zijn de ernst, frequentie en aard van de gedachten en gevoelens toegenomen en is er van een beschermende werking slechts deels of geheel geen sprake meer. De klachten komen regelmatig voor en geven veel hinder in het dagelijks leven. De overgang van 'angstklachten' naar een 'angststoornis' heeft geen exact afkappunt.

Als angst het belangrijkste kenmerk is van de klachten en voldoet aan een aantal (DSM-V) criteria kun je spreken van een angststoornis.

Er zijn diverse soorten angststoornissen. Denk bijvoorbeeld aan: een specifieke fobie, paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale-angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, separatieangst, selectief mutisme, een angststoornis door lichamelijke aandoening of middelengebruik. Soms komen hierbij ook obsessieve gedachten of handelingen voor. Denk aan de obsessieve compulsieve stoornis. Veel mensen bespreken de angstgedachten of klachten niet uit zichzelf. Ook komt het voor dat de lichamelijke klachten op de voorgrond staan, die achteraf blijken voort te komen uit angstgedachten.

Angstklachten

De volgende situaties kunnen wijzen op angstklachten of -stoornissen:

- *Een regelmatig bezoek aan de huisarts voor wisselende en onderling niet samenhangende, vaak lichamelijke, 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.*

Diagnostiek

Om te onderzoeken of er sprake is van een angststoornis vinden gesprekken plaats met een behandelaar. De aard, duur, frequentie en ernst van de klachten worden onderzocht. Evenals de mogelijke samenhang met andere oorzaken. Er wordt besproken in welke situaties de klachten voorkomen en of er onderhoudende of verklarende factoren spelen. Er wordt stilgestaan bij specifieke angstgedachten, gevoelens, lichamelijke klachten.

In de diagnostiekfase van de angstklachten dient de hulpverlener door te vragen de vragen te beantwoorden. Bijvoorbeeld: in welke mate van 0-10 voelt iemand zich gespannen, angstig, maakt diegene zich zorgen en hoe uitten deze klachten zich? In hoeverre is de angst specifiek? Hoe verklaart iemand de angst? Wat is er gebeurd waardoor iemand angstig is geworden? In hoeverre belemmert de angst het dagelijks functioneren? Kan worden aangegeven welke situaties uit de weg worden gegaan? Hoe reageert iemand op in de omgeving aanwezige angsten? Het (dis)functioneren in verschillende domeinen/leefgebieden wordt beoordeeld.

Naast gesprekken kan gebruikt worden van aanvullende diagnostiek zoals vragenlijsten om klachten op te sporen. Algemene vragenlijsten zijn bijvoorbeeld de SQ-48, SCL-90, 4-DKL. Deze vragenlijsten worden gebruikt om psychische klachten in brede zin te kunnen herkennen. Voor specifiekere diagnostiek kan de DIS, SCID, ADIS, MINI, CIDI of BSQ, toegevoegd worden. Vaak wordt een keuze gemaakt.

Naast specifieke vragen over angst, kan ook stil gestaan worden bij andere psychische klachten, lichamelijke aandoeningen, eerdere behandelingen, middelengebruik, medicatiegebruik, het in de familie voorkomen van psychische (angst)klachten, suïcidaliteit, sociale leven, of andere gerelateerde zaken. Ook kan handig en soms nodig zijn om iemand mee te nemen. Op indicatie kan aanvullend lichamenlijk onderzoek gedaan worden door een arts. Dit is bedoeld om lichamenlijk oorzaken te onderzoeken en uit te sluiten.

Op basis van verkregen de verkregen informatie wordt een beschrijvende conclusie gevormd. Daarnaast vindt er classificatie volgens DSM-5 criteria plaats.

Angst & dwangstoornissen

Behandelinterventies

De behandeling is afhankelijk van de ernst en de aard van de klachten, client's voorkeuren en kan individueel of in een groep plaatsvinden. Het behandelteam wordt gevormd door een indicerende en coördinerende behandelaar. Soms worden andere disciplines en naasten betrokken.

Vooraf wordt een behandelplan opgesteld, waarin via gezamenlijke besluitvorming doelen worden geformuleerd. Er wordt vaak gestart met psycho-educatie, activering en het tegengaan van vermijding met soms exposure. Daarbij kan gewezen worden op de bestaande patiëntenverenigingen. Er wordt psychologische 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 (psycho-motorische-therapie) kan bijdragen aan de vermindering van klachten. Dit wordt vaak geadviseerd in combinatie met psychologische hulp.

Bij matig problematiek of als vervolgbehandeling bij lichte problematiek heeft psychologische behandeling een lichte voorkeur boven farmacotherapie. Bij ernstige klachten, bij co-morbide klachten, of bij onvoldoende effect op CGT of andere eerste keuze interventies dient behandeling met medicatie (i.c.m. psychologische behandeling of PMT) afgewogen worden. Hiervoor dient de arts, psychiater betrokken te worden.

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 het 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. Bij medicamenteuze behandeling wordt geadviseerd de behandeling minimaal een tijdje voort te zetten, ook als de klachten verdwenen zijn. Dit om de kans op terugval te verkleinen.

Er kan een gezamenlijk terugval preventieplan worden gemaakt met handvatten die bij onverhoopte terugval kunnen worden toegepast. Daarbij wordt het protocol als leidraad gebruikt.

Bij afronding van de behandeling zal de (regie)behandelaar de zorg overdragen aan de verwijzer mits daar toestemming voor is gegeven.