

# Angststoornissen: diagnostiek en behandeling

## T R E F W O O R D E N

ANGSTSTOORNISSEN; FOBIE; PANIEKAANVAL; PANIEKSTOORNIS; AGORAFOBIE; SOCIALE FOBIE; OBSESSIEVE COMPULSIEVE STOORNIS; GEDRAGSTHERAPIE; FARMACOTHERAPIE.

door I.M. van Vliet

### Samenvatting

Angststoornissen zijn, naast depressie en verslaving, de meest frequent voorkomende psychiatrische aandoeningen. Angststoornissen komen niet alleen als comorbide aandoening in de neurologische praktijk voor, maar neurologen zullen ook frequent primair met de symptomen geconfronteerd worden, ter uitsluiting van een neurologische aandoening. Herkenning en erkenning zijn belangrijk om een juiste diagnose te kunnen stellen zodat adequate behandeling gestart kan worden. Dit artikel geeft een overzicht van de diagnostiek en behandeling van verschillende angststoornissen. Besproken worden paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, acute stressreactie en posttraumatische stressstoornis, gegeneraliseerd angststoornis en angststoornissen door een somatische aandoening of door een middel.

(Ned Tijdschr Neurol 2002;3:198-206)

### Inleiding

Angst is een onaangenaam beklemmend gevoel van dreigend gevaar of onheil dat gepaard gaat met verschillende lichamelijke verschijnselen en catastrofale cognities. Angst is een in principe normaal verschijnsel wanneer de dreiging reëel is. Bijvoorbeeld angst wanneer men met de auto op een overweg blijft steken en er een trein aankomt, of angst voor de dood wanneer iemand een levensbedreigende ziekte heeft. Angst kan passen bij een vecht- of vluchtreactie. Angst maakt scherp en stelt de persoon in staat adequaat te reageren op dreigend gevaar. Angststoornissen zijn psychiatrische aandoeningen met een pathologische angst. Er is sprake van pathologische angst wanneer deze te sterk is, te

lang aanhoudt, of wanneer deze optreedt bij een stimulus die geen angstreactie rechtvaardigt, dus wanneer de angst niet passend is bij de situatie. Men spreekt van een angststoornis wanneer deze pathologische angst gepaard gaat met sociaal disfunctioneren. Voorbeelden hiervan zijn dat iemand volledig aan huis gebonden raakt, omdat hij situaties vermijdt waarin hij paniekaanvallen kan krijgen of wanneer iemand sociale contacten vermijdt uit angst om negatief beoordeeld te worden. Hoewel de meeste patiënten met een angststoornis weten dat hun angst irrationeel (een niet logische gedachte) en irreal (niet overeenkomend met de situatie) is, kunnen zij zich er toch niet overheen zetten. Dit zal verder in het artikel uitgewerkt worden.

Een aantal begrippen bij angststoornissen zijn paniekaanvallen, gegeneraliseerde angst (een minder intense chronische fluctuerende angst), anticipatie angst (angst voor het optreden van angst), vermijdingsgedrag, fobie (vrees voor een bepaald object of een bepaalde situatie).

Pathologische angst komt bij veel psychiatrische ziektebeelden voor, zoals bij een depressie, bij een psychose of bij persoonlijkheidsstoornissen. In dit artikel zal de nadruk liggen op de angststoornissen, dat wil zeggen de psychiatrische aandoeningen, waarbij angst het belangrijkste symptoom is.

Angststoornissen vormen een niet onaanzienlijk probleem. Van alle psychische stoornissen hebben de stemmingsstoornissen, de angststoornissen en verslavingen in de bevolking de hoogste life-time prevalentie, namelijk 15%.<sup>1</sup> Ook bij kinderen en ouderen komen angststoornissen frequent voor. Deze hoge mate van voorkomen maakt dat iedere arts in zijn praktijk geconfronteerd zal worden met deze aandoeningen, als primaire stoornis maar ook als comorbide aandoening.

Ongeveer driekwart van de mensen met een angststoornis zoekt hulp bij de huisarts, echter bij slechts 40% van deze mensen wordt een angststoornis herkend. Doordat angststoornissen nogal eens gepaard gaan met een scala van lichamelijke verschijnselen kunnen patiënten zich met hun klachten bij diverse medisch specialisten presenteren. Voorbeelden hiervan zijn beklemd gevoel op de borst, hartkloppingen (cardioloog), duizeligheid, wazig zien, tintelingen, slap gevoel in de benen (neuroloog), oorsuizen (KNO-arts).

Angststoornissen hebben een duidelijk negatief effect op het algeheel functioneren van de patiënt, zowel sociaal gezien binnen het werk en de vrije tijdsbesteding, alsook beroepsmatig (werkverzuim, WAO, et cetera). Onbehandeld is het beloop van angststoornissen chronisch, waarbij de klachten in ernst kunnen fluctueren. Erkenning van de klachten en instellen van een adequate behandeling is zinvol. Behandeling heeft bij minstens 70% van de patiënten een goed resultaat. Dit is een hoger percentage dan voor menig andere aandoening in de geneeskunde geldt.

Voor de diagnostiek en het wetenschappelijk onderzoek van psychiatrische stoornissen wordt gebruik gemaakt van de DSM, de Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders. Momenteel wordt wereldwijd de vierde editie gebruikt (DSM-IV, 1994). De DSM-IV onderscheidt een groot aantal psychiatrische stoornissen en geeft daarvoor de criteria aan. Er worden twaalf angststoornissen beschreven, namelijk:

- paniekstoornis zonder agorafobie
- paniekstoornis met agorafobie
- agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis
- specifieke fobie
- sociale fobie
- obsessieve compulsieve stoornis
- posttraumatisch stressstoornis
- acute stressstoornis
- gegeneraliseerde angststoornis
- angststoornis door een somatische aandoening
- angststoornis door een middel
- angststoornis niet anderszins omschreven.

Angststoornissen worden gekenmerkt door een hoge mate van comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen, zoals depressie, andere angststoornissen en middelen misbruik. Alcohol wordt nog weleens gebruikt als zelfmedicatie om angst te reduceren.

Wat betreft de etiologie en de neurobiologie van de angststoornissen zijn er het afgelopen decennium belangrijke ontwikkelingen geweest. De oude psychoanalytische theorieën, waarin men er bijvoorbeeld vanuit ging dat een aantal fobieën veroorzaakt werden door verdrongen seksualiteit of relatieproblemen, hebben plaats gemaakt voor neurobiologische en cognitieve modellen. Ook een erfelijke c.q. familiale component blijkt bij in ieder geval een aantal van

de angststoornissen aanwezig. Voor een overzicht wordt verwezen naar het 'Leerboek angststoornissen'.<sup>2</sup> De behandeling van angststoornissen bestaat in het algemeen uit gedragstherapie en/of farmacotherapie. In volgende paragrafen zal de diagnostiek en de behandeling van de diverse angststoornissen besproken worden (DSM-IV, 1994). Voor een overzicht van de behandelingen wordt verwezen naar de Richtlijnen farmacotherapie Angststoornissen NVvP en diverse literatuur.<sup>3-5</sup>

### Waarom moet de neuroloog bekend zijn met angststoornissen?

Angststoornissen zijn psychiatrische aandoeningen en horen daarom voor behandeling primair thuis bij de psychiater en psycholoog (en soms ook de huisarts). Omdat angststoornissen zo frequent voorkomen zullen vele artsen/medisch specialisten, en zeker de neurologen, met patiënten met een angststoornis in aanraking komen, ofwel als comorbide stoornis, ofwel als primaire aandoening. Dit laatste komt met name bij een aantal angststoornissen zoals de paniekstoornis en sociale angststoornis voor. De klachten worden namelijk nogal eens gepresenteerd als neurologische symptomen, bijvoorbeeld aanvallen van duizeligheid, wazig zien, slappe benen, trillen, et cetera, zonder dat het symptoom angst op de voorgrond staat. Wanneer bij lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek niets gevonden wordt, duidt de neuroloog een en ander nogal eens als hyperventilatie (zeker wanneer een hyperventilatie-provocatietest positief is) en wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts met ademhalingsoefeningen. Deze blijken vervolgens zinloos. In de differentiaal diagnose van diverse angststoornissen staan ook een aantal neurologische aandoeningen, zoals familiale essentiële tremor, m. Parkinson en degeneratieve afwijkingen aan de basale ganglia. Herkennen van de symptomen, passend bij een angststoornis, en het adequaat uitvragen hiervan in de anamnese kan overbodig onderzoek en onjuiste diagnostiek en irrationele behandelingen voorkomen. Dit kan vervolgens sneller leiden tot een adequate diagnose en dus tot een adequate behandeling. Die behandelmogelijkheden zijn de afgelopen decennia sterk uitgebreid waardoor 70-80% van de patiënten goed geholpen kan worden.

In de volgende paragrafen worden aan aantal van de angststoornissen uitgebreider besproken, waarbij

ook de raakvlakken met de neurologie aangegeven zullen worden.

### Paniekstoornis

De paniekstoornis wordt gekenmerkt door het herhaaldelijk optreden van aanvallen van heftige angst, welke gepaard gaat met een reeks van lichamelijke verschijnselen, zoals hartkloppingen, transpireren, wazig zien, oorsuizen, duizeligheid, droge mond, beklemd gevoel op de borst, het gevoel te zullen stikken, misselijkheid, paresthesiën, koude rillingen, trillen, derealisatie, depersonalisatie, angst om dood te gaan, angst om gek te worden of de controle te verliezen. Deze verschijnselen treden aanvalsgewijs op, vaak zonder duidelijke aanleiding. De aanvallen ontwikkelen zich binnen enkele minuten en duren minuten tot uren. De patiënt raakt bang voor het opnieuw optreden van een paniekaanval (anticipatie angst) en gaat situaties vermijden waarin zo'n nieuwe aanval op zou kunnen treden (vermijdingsgedrag).

Vaak presenteren patiënten met een eerste paniekaanval zich op een EHBO of in een dienst, omdat ze denken een hartaanval te hebben. Na onderzoek door de cardioloog die niets kan vinden, wordt ook nogal eens de neuroloog in consult gevraagd met de vraag of er sprake is van een TIA of een ander neurologisch lijden of hyperventilatie. Mensen met langdurig bestaande paniekaanvallen kunnen bij allerlei medisch specialisten terecht komen, afhankelijk van welke somatische angstequivalenten op de voorgrond staan. Wanneer duizeligheid, tintelingen of derealisatie op de voorgrond staat komt de patiënt bij de neuroloog terecht. Het is belangrijk dat de arts de symptomen herkent als passend bij een paniekaanval.

Agorafobie (pleinvrees) bestaat uit vrees voor en het vermijden van situaties waarin de paniekaanval op zou kunnen treden. De patiënt schaamt zich of is bang dat hij in deze situaties moeilijk weg kan komen of moeilijk hulp kan krijgen. Wanneer vermijding niet mogelijk is worden de situaties met sterke angst doorstaan. De aanwezigheid van een vertrouwd persoon vermindert de ernst van het vermijdingsgedrag vaak. Voorbeelden van agorafobische situaties zijn: alleen thuis of buitenshuis zijn, reizen met het openbaar vervoer, wachten in een rij (bijvoorbeeld voor een kassa), rijden in de auto, zich bevinden in een nauwe afgesloten ruimte. De paniekstoornis komt alleen of samen met agorafobie voor. Een enkele maal is ook alleen agorafobie

aanwezig, maar bij het nauwkeurig navragen blijken er dan lang geleden toch paniekaanvallen te zijn geweest.

De prevalentie van paniekstoornis met of zonder agorafobie is 2 tot 4%. De klachten debuten meestal tussen het twintigste en dertigste jaar en komen meer bij vrouwen dan bij mannen voor. Paniekaanvallen kunnen uitgelokt of versterkt worden door anxiogene stoffen zoals drugs (bijvoorbeeld amfetaminen en cocaïne), overmatig alcoholgebruik en cafeïne (bij daarvoor gevoelige personen al vanaf 4 koppen koffie per dag!).

Wat betreft de etiologie en neurobiologie van de paniekstoornis zijn er verschillende theorieën. De klachten die de patiënt presenteert kunnen lijken op die welke optreden bij hyperventilatie. Hyperventilatie kan optreden bij paniekaanvallen, echter bij het ontstaan en het voortbestaan van de paniekstoornis speelt hyperventilatie geen rol. Dit is onder andere aangetoond door continue pCO<sub>2</sub> metingen in het bloed bij patiënten met een paniekstoornis. Tijdens en tussen de paniekaanvallen bleek er geen verandering in het serum pCO<sub>2</sub>. Wel blijken patiënten met een paniekstoornis gevoeliger bij CO<sub>2</sub> provocatie-tests.<sup>6</sup>

Een ander model is dat van de leer-theorie. Patiënten met een paniekstoornis hebben als het ware geleerd lichamelijke verschijnselen foutief te interpreteren waarbij ze in paniek raken ('false alarm theory').

Een andere theorie hypotheetiseert een overgevoeligheid van de postsynaptische serotonine receptor. De angsttoename, welke in de aanvang van de behandeling van deze patiënten met een zogenaamde selectieve serotonine heropname remmers wel gesignaleerd wordt, wordt hierdoor verklaard. Na een aantal weken behandeling ontstaat desensitisatie van deze receptor met een normalisering van de neurotransmissie. Een opmerkelijke bevinding is, dat specifiek noradrenerg werkzame farmaca niet effectief zijn bij behandeling van de paniekstoornis. Beeldvormend onderzoek bij deze groep patiënten is nog te beperkt verricht om hieraan conclusies te kunnen verbinden.

De behandeling bestaat in het algemeen uit medicatie en/of gedragstherapie. Bij cognitieve gedragstherapie kan door middel van het uitdagen van de functionele cognities getracht worden de patiënt controle te geven over de paniekaanvallen. Een voorbeeld hiervan is de irreële gedachte 'als ik hartkloppingen heb of duizelig ben ga ik dood' te leren vervangen door de meer reële cognitie 'hartkloppingen en

duizeligheid zijn ongevaarlijke verschijnselen die passen bij een paniekaanval en die vanzelf weer uitdoven'. Een andere vorm van gedragstherapie is de zogenaamde 'exposure'. Hierbij wordt de patiënt blootgesteld aan de symptomen van de paniekaanval bijvoorbeeld door middel van provocatie, net zolang totdat de angst en de verschijnselen verminderen. Bij *in vivo* exposure wordt een hiërarchie van situaties waarin paniekaanvallen kunnen voorkomen opgesteld. De patiënt gaat vervolgens oefenen met de minst angstwekkende situatie en zodra hij deze goed kan doorstaan wordt verder geoefend met een volgende iets moeilijker situatie, totdat de patiënt alles weer aan kan. Ook ontspanningsoefeningen die de patiënt moet toepassen in angstwekkende situaties kunnen vermindering van paniekaanvallen geven.

Wat betreft de farmacotherapie is de eerste keus een serotonerg antidepressivum (SSRI's), zoals citalopram 20 mg, fluoxetine 20 mg, fluvoxamine 100-150 mg, paroxetine 20-40 mg en sertraline 100 mg. De gemiddelde dosering is die zoals bij depressie. In het begin van de behandeling kan een sterke toename van de angst en paniekaanvallen optreden. Het kortdurend bijgeven van een benzodiazepine op zonodig basis is dan zinvol. Meestal kan het therapeutisch effect 4 tot 6 weken na het bereiken van de adequate dosering beoordeeld worden. In het algemeen is een langdurige behandeling van 1 tot 2 jaar zinvol, waarna voorzichtig afgebouwd kan worden (in de loop van maanden). De ervaring leert dat na het afbouwen bij een deel van de patiënten de klachten kunnen recidiveren. Risicofactoren voor het recidiveren zijn: de ernst van de aandoening, eerdere recidieven, familiale belasting. SSRI's zijn in het algemeen goed verdragen. Bekende bijwerkingen zijn misselijkheid en angsttoename (in de initiële fase), slaapstoornissen, toename migraine-aanvallen indien de patiënt hiermee bekend is, gewichtstoename, seksuele functiestoornissen, acathisie.

Alternatieven voor de SSRI's zijn de klassieke tricyclische antidepressiva (TCA's) zoals clomipramine en imipramine. Ondanks hun effectiviteit zijn deze middelen geen eerste keuze in verband met de bijwerkingen. Bekende bijwerkingen van de TCA's zijn orthostase, duizeligheid, urineretentie, hartritme stoornissen, risico op glaucoom, droge mond, wazig zien, obstipatie, seksuele functiestoornissen en gewichtstoename. TCA's zijn meer toxisch dan de SSRI's bij overdosering.

Ook de klassieke MAO-remmers zijn effectief,

echter dit zijn middelen die alleen in de derde lijn toegepast worden vanwege de risico's op interactie met tyramine, waardoor ernstige hypertensieve crises veroorzaakt kunnen worden (het zogenaamde kaas-wijn effect). Patiënten dienen dan ook een tyramine-arm dieet te volgen.

Benzodiazepinen zijn bekende anxiolytica en een belangrijk voordeel is dat ze snel effect sorteren. Desondanks worden zij bij de angststoornissen in het algemeen niet anders voorgeschreven dan voor kortdurende behandeling of als escapemedicatie in noodsituaties. Belangrijke redenen hiervoor zijn de bijwerkingen: sedatie, negatieve effecten op het cognitief functioneren, alsook het risico op afhankelijkheid en verslaving. Voor escapemedicatie is oxazepam 10 mg of diazepam 5 mg in het algemeen adequaat.

### Specifieke fobie

De enkelvoudige of specifieke fobie wordt gekenmerkt door angst of vrees voor specifieke situaties wanneer de patiënt daarmee geconfronteerd wordt. Deze situaties worden daarom vermeden of doorstaan met intense angst. Men spreekt pas van een fobie wanneer deze angst belemmeringen geeft in het dagelijks leven van de patiënt. Onderscheiden worden: de dierfobie (spinnenfobie), de natuurfobie (onweerfobie of stormfobie), de situatiefobie (zoals bruggen, tunnels, vlieg angst) en het bloed/injectie/verwondingstype (tandartsfobie, prikfobie). De specifieke fobie komt zeer frequent voor, bij tot 10% van de bevolking, zowel bij vrouwen als bij mannen.

De neuroloog zal in het algemeen vooral met deze angststoornis te maken hebben als comorbide aandoening, bijvoorbeeld bij een patiënt bij wie geen bloed afgenomen kan worden vanwege een prikfobie, of een patiënt die panisch wordt in het MRI-apparaat vanwege claustrofobie.

De behandeling bestaat in het algemeen uit gedragstherapie. Door blootstelling (exposure) aan de specifieke situatie wordt de patiënt geleerd geleidelijk aan in deze angstwekkende situatie minder angstig te zijn. De cursus tegen vlieg angst is hier een voorbeeld van, maar ook het leren zwemmen, beginnend in het ondiepe bad en geleidelijk uitbreidend naar het diepe bad is een vorm van exposure-gedragstherapie. Wanneer incidenteel een angstwekkende situatie doorstaan moet worden, zoals bijvoorbeeld één keer per jaar vliegen ten behoeve van een vakantie, of het moeten onder-

gaan van een MRI-onderzoek, kan medicatie in de vorm van een benzodiazepine eenmalig of een bètablokker eenmalig zinvol zijn. Meestal wordt hiervoor oxazepam of diazepam gebruikt.

### Sociale fobie

De sociale fobie, tegenwoordig ook wel sociale angststoornis genoemd, wordt gekenmerkt door angst voor een negatieve beoordeling door andere mensen. De patiënt is angstig om in sociale situaties te gaan blozen, trillen of transpireren, waardoor hij in verlegenheid zou kunnen worden gebracht. Deze angst leidt tot vermijden van sociale situaties of het aangaan van dergelijke situaties met extreme angst. Ook maken patiënten met een sociale angststoornis wel gebruik van trucs, zoals koffiedrinken uit een beker in plaats van een kopje, veel make-up gebruiken zodat het blozen gemaskeerd wordt, of koele kleding dragen om transpireren te voorkomen. De sociale angst kan zich beperken tot enkele situaties, zoals spreken in het openbaar of podiumvrees (specifieke subtype) of meer gegeneraliseerd zijn, waarbij de patiënt vele situaties vreest en vermijdt (gegeneraliseerde subtype).

Sociale angststoornis komt bij 3 tot 5% van de mensen voor, ook worden wel percentages van 10 tot 15% gevonden. De klachten debutteren meest tussen het tiende en twintigste jaar. Ze kunnen tot ernstig disfunctioneren leiden waarbij de patiënt nauwelijks meer sociale contacten heeft, functioneert onder zijn opleidingsniveau, minder vaak een partner heeft et cetera. Vaak schamen mensen zich voor hun klachten en zullen zij niet snel een arts consulteren. Een neuroloog kan met deze patiënten geconfronteerd worden met de klacht: sterk trillen of transpireren, met de vraag of er bijvoorbeeld sprake is van m. Parkinson of een familiale essentiële tremor. Ook als comorbide stoornis kan de sociale fobie in het blikveld van de neuroloog terecht komen. Daarnaast zijn er ook neurologen die zelf last hebben van deze aandoening en bijvoorbeeld blokkeren wanneer zij een voordracht moeten houden.

Wat de etiologie en neurobiologie van de sociale fobie betreft is er nog niet veel bekend. Slechts een klein deel van de patiënten heeft in het verleden een negatieve sociale situatie meegemaakt. Onderzoek wijst uit dat zowel de neurotransmitter serotonine alsook dopamine mogelijk een rol zouden kunnen spelen. Beeldvormend onderzoek is tot op heden nauwelijks verricht.

De behandeling bestaat uit medicatie en/of gedragstherapie. Bij de gedragstherapie betreft het met name de cognitieve gedragstherapie. Hierbij worden de irrealistische cognities die de patiënt heeft uitgedaagd vervangen door meer realistische cognities. Bijvoorbeeld de gedachte 'iedereen kijkt als ik bloos of tril en als ik tril vindt de ander mij een sukkel, een slappeling' wordt vervangen door de meer realistische cognitie 'als ik bloos of tril ziet niet iedereen dat' of 'blozen is misschien wel charmant'. Het leren van sociale vaardigheden kan zinvol zijn bij de sociale angststoornis, maar in het algemeen blijken patiënten met deze aandoening al sociaal vaardig te zijn.

De laatste jaren is gebleken dat de SSRI's ook effectief zijn bij het verminderen van sociale angsten of sociaal vermijdingsgedrag. Gezien de bijwerkingen en effectiviteit zijn dit tegenwoordig middelen van de eerste keuze. De doseringen zijn die zoals gebruikt bij de depressie en paniekstoornis (zie eerder). Opmerkelijk is dat minimaal drie maanden afgewacht dient te worden voordat het effect van de medicatie beoordeeld kan worden. Ook voor deze aandoening geldt dat een langdurige behandeling noodzakelijk is. Na 1,5 tot 2 jaar kan geprobeerd worden de medicatie te verminderen en af te bouwen, waarbij er een risico op recidief is. Een langdurige onderhoudsbehandeling is dan geïndiceerd. Klassieke MAO-remmers zijn eveneens effectief, maar worden in verband met de mogelijke bijwerkingen en interacties alleen in de derde lijn toegepast. Benzodiazepinen werken snel anxiolytisch, maar worden eveneens vanwege de eerder genoemde bijwerkingen slechts als escapemedicatie gebruikt.

De veel gebruikte bètablokkers verminderen perifere angstverschijnselen, zoals hartkloppingen en trillen. Secundair aan het verminderen van deze autonome symptomen lijkt er een vermindering van angst op te treden. Deze werking is ongeacht het wel of niet doordringen van de bloedschermbarrière van deze middelen. Uit onderzoek is gebleken dat deze middelen met name effectief zijn bij het specifieke subtype van sociale fobie, zoals spreekangst of podiumangst. Alleen voor deze laatste subtypen zijn de bètablokkers dan ook geïndiceerd. Gebruikte doseringen: atenolol 25-50 mg, propranolol 10-40 mg, alleen incidentele behandeling. Cave de cardiovasculaire bijwerkingen, zoals verlaging van de hartfrequentie en de bloeddruk. Wanneer u last heeft van spreekangst en zelf voor het houden van een voordracht een bètablokker wilt gebruiken, is het aan te raden tevoren een keer een proefdosis te gebruiken om de effecten te ervaren.

### Obsessieve compulsieve stoornis

Deze aandoening, ook wel dwangstoornis genoemd, wordt gekenmerkt door het hebben van dwanggedachten (obsessies) en/of dwanghandelingen (compulsies). Obsessies zijn terugkerende en aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen, die zich aan de patiënt opdringen en angst kunnen veroorzaken. Compulsies zijn repetitieve handelingen of mentale bezigheden die vaak worden uitgevoerd als respons op een obsessie om de angst te verminderen. Voorbeelden zijn angst voor besmetting, wasdwang, de obsessie een ramp of schade te veroorzaken waardoor controledwang, seksuele compulsies. De patiënt is zich in het algemeen bewust dat de dwanghandelingen en dwanggedachten irrealistisch zijn, maar kan er geen weerstand tegen bieden. Kenmerkend is dat de dwanghandelingen en dwanggedachten zeer veel tijd in beslag kunnen nemen, tot zelfs de hele dag door aanwezig kunnen zijn. Ze veroorzaken een groot lijden bij de patiënt, alsook bij diens directe omgeving, met name wanneer deze ingeschakeld worden bij het uitvoeren van de dwanghandelingen, zoals bijvoorbeeld controleren of wassen.

Obsessieve compulsieve stoornis (OCS) komt wereldwijd bij 2 tot 2,5% van de bevolking voor, zowel bij mannen als bij vrouwen. Bij een deel van de patiënten beginnen de klachten al voor het tiende jaar en het betreft dan met name jongens. De tweede incidentiepiek is tussen het dertigste en veertigste jaar, zowel bij mannen als bij vrouwen. Op de kindertijd kunnen bepaalde rituelen voorkomen, zoals driemaal onder het bed moeten kijken voor het slapen gaan, alleen op de zwarte of witte tegeltjes mogen lopen of alleen op de lijntjes, deurknoppen aantikken et cetera. Deze rituelen hebben de functie van het bedwingen van normale kinderangsten en passen bij de normale ontwikkeling. Ze leiden niet tot een dwangstoornis.

OCS wordt niet altijd erkend en herkend als aandoening. Er is veel schaamte bij de patiënten. Soms presenteren de patiënten zich bij hun huisarts met de gevolgen van de dwanghandelingen, zoals chronisch handeczeem bij wasdwang, of via een gezinslid omdat die niet langer de consequenties die de dwang op het gezin heeft, kan verdragen. Er is een zekere mate van comorbiditeit met de tic-stoornis.

De neuroloog zal met OCS in aanraking komen vanwege de bewegingsstoornissen of als comorbide aandoening.

De laatste jaren zijn er een toenemend aantal aanwijzingen dat er bij OCS sprake is van een disfunctie

in de hersenen. Zo laat bijvoorbeeld SPECT-onderzoek een verhoogde perfusie in de orbitofrontale gebieden en in de basale ganglia zien. Zowel behandeling met gedragstherapie als medicatie normaliseert dit. Mogelijk zijn de afwijkingen in deze hersengebieden ook een verklaring voor het feit dat bij een aantal neurologische aandoeningen dwangmatig gedrag als symptoom kan voorkomen.

Met name serotonine lijkt een rol te spelen bij de neurobiologie van de dwangstoornis, maar de laatste jaren zijn er aanwijzingen dat dit ook geldt voor andere neurotransmittersystemen.

Behandeling van OCS is in het algemeen mogelijk en zinvol, alhoewel bij het merendeel van de patiënten niet een 100% klachtenreductie bereikt wordt. De behandeling bestaat in het algemeen uit medicatie en gedragstherapie. Wat betreft de medicatie zijn ook hier de SSRI's middelen van eerste keuze. Vaak blijken hogere doseringen noodzakelijk te zijn, tot 2 maal de dosering zoals gebruikt bij depressie en paniekstoornis. Na ongeveer 8 tot 10 weken kan het resultaat beoordeeld worden. Langdurige onderhoudsmedicatie is vaak noodzakelijk, meestal kan de onderhoudsdosering wel lager zijn dan die in de beginfase. Naast de SSRI's blijkt ook het TCA clomipramine zeer effectief te zijn. Bij therapie resistentie wordt een lage dosering van een neuroleptium toegevoegd.

Additie van gedragstherapie is bij deze hardnekkige aandoening zeer zinvol. Bij OCS wordt met name de *in vivo* exposure toegepast: om bijvoorbeeld niet meer 100 keer te controleren, maar 90 keer en dit dan geleidelijk aan verder af te bouwen. Wanneer op een neurologische afdeling een patiënt met obsessies en/of compulsies opgenomen is, kan het inschakelen van een psycholoog/gedragstherapeut uitermate zinvol zijn om de opname voor zowel de patiënt als de verpleging hanteerbaar te houden. Opmerkelijk is trouwens dat een patiënt met OCS de eerste dagen in een nieuwe omgeving vaak minder last van dwanghandelingen en -gedachten heeft.

### Acute stressreactie en posttraumatische stressstoornis

Bij personen die een trauma hebben doorgemaakt, zoals mishandeling, verkrachting, natuurrampen, oorlogsgeweld, traumatisch medisch ingrijpen, beroving, verkeersongevallen, of getuige geweest zijn van dergelijke trauma kan een stressreactie ontstaan. Trauma's zijn gebeurtenissen met een extreem bedreigend karakter waarbij de betrokkene

intense machteloosheid ervaart. Ze dienen onderscheiden te worden van gewone levensgebeurtenissen, zoals uit huis gaan, verhuizing of verlies van een dierbare. Deze levensgebeurtenissen zijn weliswaar stressverhogend, maar veroorzaken geen posttraumatische stressstoornis. Wel kunnen ze psychische en lichamelijke verschijnselen uitlokken. Centraal bij de acute stressreactie en de posttraumatische stressreactie (PTSS) staat het steeds weer herbeleven van het trauma wanneer de patiënt in een situatie komt die op het gebeuren lijkt. Dit kan ook plaatsvinden in de vorm van herinneringen of dromen. De patiënt vermijdt stimuli die aan het trauma doen denken en heeft klachten of symptomen van verhoogde prikkelbaarheid en spierspanning. Bij een acute stressreactie duren de klachten minimaal 2 dagen en maximaal 4 weken en bij een PTSS langer dan 4 weken. Ze leiden tot een duidelijk lijden en belemmering van het sociaal functioneren. Een acute stressreactie zal de neuroloog vooral kunnen signaleren bij patiënten op de Eerste Hulp of opgenomen na een ongeluk. Opmerkelijk is dat een PTSS ook na een relatief lange symptoomvrije periode kan ontstaan, zelfs na tientallen jaren. Zo kan een ziekenhuisopname, pensionering of het verlies van gezondheid de herinneringen aan een oorlogstrauma reactiveren. Ook deze situaties kan de neuroloog in zijn dagelijks werk ontmoeten.

Ondanks het feit dat een groot aantal mensen ernstige traumata in de vorm van levensbedreigende situaties meemaakt in hun leven, zal slechts een minderheid PTSS ontwikkelen. Dit blijkt afhankelijk te zijn van de ernst van het trauma, de aard van het trauma (bijvoorbeeld seksuele traumata hebben een groter risico), sekse (vrouwen zijn gevoeliger voor het ontwikkelen van een PTSS) persoonlijkheidsfactoren en de mate van steun na het gebeuren.

De laatste jaren worden in toenemende mate veranderingen gevonden op neuro-endocrien niveau bij patiënten met een PTSS. Het betreft met name veranderingen in de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as) en een verlaagd cortisol, in tegenstelling tot wat bijvoorbeeld bij stress en depressie gevonden wordt.

De behandeling dient in het algemeen plaats te vinden in de tweede lijn. Met behulp van psychotherapie vindt traumaverwerking plaats en leert de patiënt het trauma te integreren in het dagelijks bestaan. Dit vereist gespecialiseerde begeleiding in verband met risico's op psychotische desintegratie. Niet iedere patiënt is in staat tot traumaverwerking.

Indien dat niet mogelijk is wordt een vooral steunende en toedekkende benadering gekozen. Verder worden ook wel ontspanningsoefeningen en gedragstherapie toegepast. Een nieuwe therapie die met name bij een eenmalig trauma effectief blijkt, is EMOR (eye movement and desensitization reprocessing). Ook wordt wel gebruik gemaakt van farmacotherapie. Voor kortdurende ondersteuning en behandeling kan een benzodiazepine zinvol zijn, bijvoorbeeld wanneer de patiënt geplaagd wordt door nachtmerries. Bij langdurige behandeling wordt tegenwoordig steeds meer gebruik gemaakt van de SSRI's. Deze blijken de mate van herbelevingen (intrusies), de prikkelbaarheid en de symptomen van verhoogde spierspanning te verminderen. Wanneer bij een consult of opname een acute stressreactie of een PTSS speelt is uitleg, psycho-educatie, begrip en ondersteuning op zijn plaats.

### Gegeneraliseerde angststoornis

De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) wordt gekenmerkt door chronische gespannenheid en angst, gepaard gaande met klachten als rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieklachten, prikkelbaarheid, overmatige spierspanning en slaapproblemen (met name inslapstoornissen). Daarnaast maakt de patiënt zich buitensporig zorgen over alle mogelijke dagelijkse zaken, zoals gezondheid, familie, de kinderen, het werk et cetera, terwijl de reële basis daarvoor ontbreekt. Ze beleven de toberijen vaak zelf ook als overdreven, maar hebben er weinig controle over. Om te voldoen aan de diagnose dienen klachten meer dan 6 maanden aanwezig te zijn en duidelijk subjectief lijden en belemmering van het functioneren te geven. Deze chronische tobbers worden vaak in de huisartsenpraktijk gezien. In tegenstelling tot somatisatie staat de angst en het zich zorgen maken op de voorgrond en de somatische verschijnselen wat minder. Differentiaal diagnostisch dient ook aan hypochondrie gedacht te worden; hierbij staat de angst een ernstige ziekte onder de leden te hebben op de voorgrond. GAS komt bij 1,5 tot 2,5% van de bevolking voor. Het komt iets meer bij vrouwen dan bij mannen voor. De patiënten met GAS gebruiken nog al eens alcohol om de spanning en angstsymptomen te verminderen. Neurologen zullen met deze patiënten geconfronteerd worden ter uitsluiting van een neurologische verklaring van de somatisch angstequivalenten. Over de neurobiologie van de GAS is nauwelijks iets bekend.

### AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK

- 1 Patiënten met angststoornissen presenteren zich met hun klachten bij allerlei specialisten, en met name bij de neuroloog. Angst staat daarbij niet altijd op de voorgrond.
- 2 Herkenning van de angststoornis is belangrijk voor een adequate behandeling en ter voorkoming van iatrogene schade door niet-zinvolle diagnostiek en niet-zinvolle behandelingen.
- 3 Symptomen van een paniekaanval waarmee patiënten zich kunnen presenteren bij de neuroloog zijn duizeligheid, tintelingen en derealisatie.
- 4 Vraag altijd naar het gebruik van middelen, zoals drugs, alcohol, cafeïne, geneesmiddelen en vrij verkrijgbare middelen.

Behandeling bestaat primair uit gedragstherapie, gericht op de irrealiteit en negatieve cognities, bijvoorbeeld het zich zorgen maken om irrealiteit. Daarnaast kunnen ontspanningsoefeningen zinvol zijn. Benzodiazepinen zijn alleen voor kortdurende behandeling geïndiceerd. Cave het risico van verslaving et cetera (zie paniekstoornis). Voor langdurige medicamenteuze behandeling zijn er steeds meer aanwijzingen dat zowel de SSRI's alsook het nieuwe antidepressivum venlafaxine effectief zijn. Dit laatste middel is recent hiervoor ook geregistreerd. Gebruikte dosering: voor de SSRI's zoals bij depressie en paniekstoornis, venlafaxine 75-150 mg. Een ander voor deze aandoening effectief farmakon is bupropion, dosering 30-50 mg. In het algemeen geldt dat na een geleidelijk opbouwen van de dosering het effect na 4-6 weken geëvalueerd kan worden. Na een jaar doorbehandeling kan voorzichtig en langzaam afbouwen geprobeerd worden. Bij recidiveren van de klachten is een langerdurende onderhoudsbehandeling geïndiceerd.

### Angststoornis door een somatische aandoening

Bij deze aandoening is er sprake van opvallende angst, paniekaanvallen, soms ook dwanggedachten, die samenhangen met een lichamelijke aandoening. Hierbij kan gedacht worden aan angst en paniek-aanvallen bij hyperthyreoïdie, feochromocytoom, paroxysmale hartritme stoornissen en pulmonale aandoeningen. Dwangverschijnselen worden een enkele maal gezien bij aandoeningen van het brein, waar met name de basale ganglia bij betrokken zijn, zoals m. Parkinson en chorea van Sydenham.

Een klassieke paniekaanval kan lijken op de symptomen van een myocardinfarct. De behandeling bestaat in het algemeen uit uitleg, geruststelling en behandeling van de primaire aandoening. Zonodig kan een benzodiazepine gegeven worden.

### Angststoornis door een middel

Angstverschijnselen kunnen uitgelokt worden door een scala van middelen, zoals alcohol (zowel bij intoxicatie als bij onthouding na misbruik), amfetaminen en amfetamineachtige stoffen, cafeïne (angstverschijnselen kunnen al optreden bij meer dan vier koppen koffie per dag bij daarvoor gevoelige mensen), cannabis, cocaïne, hallucinogenen, XTC, schildklierhormoon, geneesmiddelen (bijvoorbeeld het antimalariamiddel Lariam), vrij verkrijgbare middelen zoals kruidenpreparaten en voedings-supplementen. Zowel op een neurologische polikliniek, in de kliniek als in de acute dienst kan dit aan de orde zijn.

Bij patiënten met angst- of andere klachten, dient daarom altijd naar middelengebruik (drugs, alcohol en cafeïne, geneesmiddelen, vrij verkrijgbare middelen) gevraagd te worden!

De primaire behandeling bestaat uit reductie c.q. stoppen van het gebruik van het middel.

### Conclusie

Angststoornissen zijn, naast depressie en verslaving, de meest frequent voorkomende psychiatrische aandoeningen. Angststoornissen komen niet alleen als comorbide aandoening in de neurologische

praktijk voor, maar neurologen zullen ook frequent primair met de symptomen geconfronteerd worden, ter uitsluiting van een neurologische aandoening. Kennis hierover is daarom niet alleen voor de huisarts, maar ook voor de medisch specialist noodzakelijk. Herkenning en erkenning zijn belangrijk om een juiste diagnose te kunnen stellen zodat adequate behandeling gestart kan worden. Dit is belangrijk omdat er momenteel effectieve therapeutische mogelijkheden zijn, die het lijden van de patiënt en de negatieve gevolgen kunnen verminderen, als ook om niet-zinvolle diagnostiek en niet-zinvolle behandeling bij andere specialisten te kunnen beperken en daardoor medische schade en onnodige medische consumptie te kunnen voorkomen.

### Referenties

1. Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd* 1997;418:2453-60.
2. Den Boer JA, Westenberg HGM. *Leerboek angststoornissen. De Tijdstroom, Utrecht, 1995.*
3. *Richtlijncommissie farmacotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijnen farmacotherapie angststoornissen. Boom, Amsterdam, 1999.*

4. Van Balkom A, van Vliet IM. *Farmacotherapie Angststoornissen. Syn-Thesis Uitgevers Amsterdam 1999.*
5. Van Balkom AJLM, van Oppen P, van Dyck R. *Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. 2de herziene druk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diemen, 2001.*
6. Garssen B, Hornsveld H. *Het hyperventilatie syndroom is niet meer wat het geweest is. Gedragstherapie* 1990;23:41-6.

*Uitgebreide literatuurlijst op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.*

### Correspondentie-adres auteur:

**Mw. Dr. I.M. van Vliet, psychiater**  
Leids Universitair Medisch Centrum  
Afdeling Psychiatrie - B1P  
Postbus 9600  
2300 RC Leiden  
Tel: 071-5263785  
E-mail: [i.m.van\\_vliet@lumc.nl](mailto:i.m.van_vliet@lumc.nl)

## RECTIFICATIE

In het artikel 'Neuromodulatie van spasticiteit door middel van intrathecale toediening van baclofen' door H.P.J. Buschman *et al.* (Ned Tijdschr Neurol 2002;2:128-136) staat op pagina 130 abusievelijk vermeld: 'Vervolgens wordt begonnen met het toedienen van bolusinjecties baclofen in oplopende concentraties (25 mg, 50 µg, 75 µg, 100 µg).'

De concentratie 25 mg hoort in deze reeks 25 µg te zijn.