

Angststoornissen bij jongeren herkennen

Semiha Aydin, Matty Crone, Bart Siebelink, Robert Vermeiren, Mattijs Numans, Michiel Westenberg

Huisartsen blijken angststoornissen bij jongeren niet altijd te herkennen en ze behandelen deze ook niet vaak. Wij hebben huisartsen die een nascholing bezochten vignetten voorgelegd van jongeren die angstgerelateerde klachten hadden. Daarmee wilden we onderzoeken of de onderherkenning van angststoornissen al vroeg in het diagnostisch proces plaatsvindt. Huisartsen zagen angst bij jongeren relatief vaak over het hoofd wanneer ze de omschreven symptomen ook met andere stoornissen of een normale ontwikkeling konden verklaren.

Angststoornissen zijn met voorsprong de meest voorkomende psychiatrische klachtengroep.¹ Elk jaar voldoet 10% van de jongeren aan de diagnostische criteria van een angststoornis.² Wanneer ze niet worden behandeld blijven hun klachten vaak voortbestaan. Toch is al langere tijd bekend dat zorgverleners juist angststoornissen maar in beperkte mate herkennen, ook in de huisartsenpraktijk.³⁻⁵ Kenmerkend voor kinderen en jongeren met angststoornissen is dat hun klachten thuis en op school relatief weinig in het oog springen en voor de leek geen samenhangend geheel lijken te vormen.³ Van woedeaanvallen tot aan teruggetrokken gedrag – angst gaat gepaard met een breed palet aan symptomen die vaak niet direct als uiting van angst herkenbaar zijn.^{6,7} Dat angst ook hoort bij de gezonde ontwikkeling maakt de vroegtijdige herkenning van *problematische* angst des te moeilijker. Het signaleren van angst wordt verder bemoeilijkt doordat mensen met een angststoornis hun klachten relatief minder etaleren en met tal van andere problemen op het spreekuur komen. Nog niet eerder is onderzocht wanneer onderherkenning in de huisartsenpraktijk begint. Nemen huisartsen bijvoorbeeld angst wel naar rato mee als mogelijk onderliggende factor wanneer ze kinderen of jongeren met psychosociale problematiek in de spreekkamer krijgen? En als ze dat doen, welke consequenties verbinden ze daar dan aan? Om dit te onderzoeken hebben wij casus-

KADER 1 VOORBEELD VIGNET

Jody is 11 jaar en komt met zijn ouders op het spreekuur, omdat hij steeds vaker de schooldag niet afmaakt. Ze maken zich ongerust over dit gedrag. Zijn ouders vertellen dat Jody de afgelopen maanden vaak huilt en ook minder goed eet. Volgens de onderwijzeres trekt hij zich steeds meer terug en steeds vaker is zijn huiswerk niet af. Zijn ouders vertellen dat hij niet graag op de voorgrond treedt. Verder spelen er geen problemen op school. Er is geen duidelijke gebeurtenis aan te wijzen die als aanleiding tot deze veranderingen gezien kan worden. Wel is het gezin 2 jaar geleden vrij plots verhuisd uit het noorden van het land. De moeder vraagt zich af of Jody dat als traumatisch heeft ervaren of daar nog mee zit. Jody is in die tijd eenmaal thuis flauwgevallen. Verder was er tot nu niks zorgwekkends. Jody was altijd een kind dat het goed deed en het goed wilde doen. Het heeft na de verhuizing wel even geduurd, maar op school heeft Jody ook alweer een beste vriendje en vriendinnetje.

In dit vignet herkende gemiddeld 6,4% van de huisartsen en 22,8% de ggz-professionals angstklachten.

Dit is een bewerkte vertaling van Aydin S, Crone MR, Siebelink BM, Vermeiren RRJM, Numans ME, Westenberg PM. Recognition of anxiety disorders in children: a cross-sectional vignette-based survey among general practitioners. *BMJ Open* 2020;10:e035799.

beschrijvingen ontwikkeld (vignetten [**kader 1**]) die de symptoompresentatie in de huisartsenpraktijk nabootsen en recht doen aan de diffuse aard van psychosociale problematiek. De hypothese was dat huisartsen bij hun eerste overwegingen angst slechts in beperkte mate als

WAT IS BEKEND?

- Meerdere onderzoeken plaatsen angststoornissen bovenaan de lijst van meest voorkomende stoornisgroepen, met grote consequenties voor de kwaliteit van leven.
- Huisartsen herkennen angststoornissen niet altijd en behandelen ze relatief weinig.
- Angststoornissen ontstaan op een vroege leeftijd en ouders herkennen ze vaak niet tijdig als zodanig.
- Het is uit het oogpunt van behandelbaarheid en kwaliteit van leven belangrijk dat zorgverleners, zowel in de eerste als in de tweede lijn, al vroeg voldoende alert zijn op de ontwikkeling van angstklachten.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen herkenden angststoornissen net zo vaak als ggz-professionals wanneer angst letterlijk in door ons gepresenteerde vignetten als een van de klachten werd genoemd. Ze zagen angst echter relatief vaak over het hoofd wanneer de omschreven symptomen ook te relateren waren aan andere stoornisgroepen of variaties in de normale ontwikkeling.
- Er is een discrepantie tussen wat huisartsen als voorkeursbeleid zien voor de in de vignetten gepresenteerde casuïstiek en wat zij als voorkeursbeleid bij angstklachten rapporteerden.
- Deze keuzen waren wel in overeenstemming wanneer de vignetten andere klachten nabootsten, bijvoorbeeld stemmingsproblematiek.

mogelijke factor mee zouden wegen. Dat zou deels verklaren waarom ze angststoornissen beperkt, of laat, herkennen en behandelen. We legden deze vignetten aan huisartsen voor en vroegen hun welke beleidsvoorkeuren ze voor verschillende soorten stoornissen hadden. Vanuit de heersende opvatting dat angststoornissen relatief weinig kwaad kunnen, verwachtten we dat huisartsen bij angststoornissen minder vaak voor een verwijzing naar de ggz zouden kiezen dan bij ontwikkelings-, gedrags- en stemmingsstoornissen.⁸

METHODE

Onderzoeksopzet en -procedure

We legden 5 vignetten met daarin symptomen van angststoornissen en andere milde tot matige psychosociale problematiek voor aan 319 deelnemers van een grote landelijke huisartsenascholing (Leiden, 2018). We verzochten hen na elk fragment aan te geven waar het gepresenteerde beeld het beste bij paste en waar het 'kind of gezin idealiter behandeld zou moeten worden'. Om de deelnemers bij deze gemengde casuïstiek voldoende kansen te bieden om angst en angststoornissen te selecteren legden we de classificatievraag 2 keer voor. De deelnemers konden voor elk vignet zowel een mogelijke hoofdklacht als een differentieel diagnostische overweging rapporte-

ren. Door in termen van klachten te spreken, benadrukten we dat het ging om de eerste interpretatie van het beeld en niet om het stellen van een diagnose. Vervolgens toonden we de stoornisgroepen een tweede maal om de beleidsvoorkeuren van de deelnemers voor de verschillende klachtengroepen in beeld te brengen. Hiervoor gaven ze bij elke stoornisgroep aan waar deze in de zorgketen het beste kon worden behandeld. We verzamelden de reacties volledig anoniem en niet-herleidbaar met responskastjes. Een vollediger omschrijving van de methode is te vinden in de originele publicatie.

Ontwikkeling en validatie van de vignetten

De vignetten die de kern van dit onderzoeksontwerp vormen hebben we ontwikkeld op basis van (niet-herleidbare) klinische gegevens. De symptoomomschrijvingen extraheerden we uit een gegevensset met geanonimiseerde verwijsbrieven en beschrijvende diagnoses. We maakten 5 vignetten met symptoomomschrijvingen van angst, in een gemengd beeld met 1) somatische klachten, 2) gedragsproblemen, 3) stemmingsklachten, 4) ontwikkelingsproblemen en 5) problematiek die ook op een trauma kan wijzen. Elk vignet omvatte symptomen die te relateren zijn aan een van deze stoornisgroepen, meer eenduidige signalen van angst en symptomen die niet alleen op angst, maar ook op andere problematiek wijzen. We voegden contextinformatie toe om tot een realistische beschrijving te komen, bijvoorbeeld leeftijd, voorgeschiedenis of de mate waarin de huisarts bekend is met het kind of het gezin.⁹ We legden de vignetten eerst als test voor aan een kleine groep huisartsen, die als referentiegroep diende. Daarna hebben we de casusbeschrijvingen niet meer aangepast en presenteerden we ze aan ggz-professionals (10 GZ-psychologen/klinisch psychologen en een psychiater). Deze ggz-professionals selecteerden angst in 55 van de 11 ggz-professionals \times 5 vignetten \times 2 mogelijkheden om angst en angststoornissen te herkennen.

Uitkomstmaten en analyse

De uitkomstmaat herkenning definieerden we als de verhouding tussen het totaal aantal keren dat de deelnemers voor angst kozen en het totaal aantal keren dat ze voor een specifieke klachtengroep hadden kunnen kiezen. Met een chikwadratatoets vergeleken we de mate van herkenning in de huisartsensteekproef met de mate van herkenning door de eerder ondervraagde ggz-professionals. We hielden rekening met het verschil in steekproefgrootte tussen huisartsen en ggz-professionals door volgens de methode van Newcombe de 95%-betrouwbaarheidsintervallen te berekenen.¹⁰ Het verband tussen herkenning van angst door huisartsen en hun antwoorden op de vragen over het al dan niet verwijzen naar de ggz hebben we getoetst in een multilevel logistische regressieanalyse, met de 5 vignetten als opeenvolgende metingen.

RESULTATEN

Van de 319 aanwezigen bij de nascholing waren er 275 huisartsen en van hen beantwoordden 239 ten minste 1 vraag. Tien huisartsen excludeerden we omdat ze meer dan de helft van



Angststoornissen en angstgerelateerde klachten worden vaak al in de eerste interpretatie van de gepresenteerde klachten over het hoofd gezien.

Foto: Unsplash

de vragen niet beantwoordden. Hiermee was de respons onder de huisartsen 83,3%. De leeftijd en het aantal jaren ervaring van de huisartsen in de steekproef was vergelijkbaar met die van de gemiddelde Nederlandse huisartsenpopulatie. Deze kenmerken hielden geen verband met de uitkomstmaten – herkenning, de verwijsindicaties voor de casusbeschrijvingen of de bewuste verwijsvoorkeuren in de praktijk.

Herkenning

Gemiddeld herkenden huisartsen bij 14,8% van de vignetten angst en angststoornissen. Bij de ggz-professionals lag dat percentage op 40,0%. Huisartsen overwogen een angststoornis als differentiaaldiagnose minder dan een derde van de keren dat de ggz-professionals dit deden (OR = 0,26; 95%-BI 0,15 tot 0,46). Angst werd in ten minste 1 van de casusomschrijvingen herkend door 55,9% van de huisartsen; 44,1% koos geen enkele keer voor angst als mogelijk onderliggende problematiek. De ggz-professionals selecteerden allen bij ten minste 1 vignet angst als een mogelijk onderliggend probleem.

Over het totaal van de 5 vignetten kozen de deelnemers het vaakst gedragsproblemen, stemmingsproblemen en traumagerelateerde problemen. De huisartsen en ggz-professionals verschilden niet in de mate waarin ze deze stoornisgroepen selecteerden als passend bij het omschreven beeld in de vignetten. In vergelijking met de ggz-professionals herkenden huisartsen significant vaker normale ontwikkeling in de vignetten.

Verwijzing

Gemiddeld genomen kozen de deelnemers het vaakst voor een behandeling in de eerste lijn (POH's-ggz 40%, lokale

wijkteams 24%). Een behandeling in de ggz werd niet significant minder vaak gekozen als ze een angststoornis herkenden (12,0% versus 16,1%; OR = 0,70; 95%-BI 0,42 tot 1,18).

Wat betreft hun voorkeursbeleid vonden de huisartsen dat jeugdigen met een angststoornis bij voorkeur in de ggz thuis horen (basis-ggz 53,6%, specialistische ggz 10,3%). Bij ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen en depressies gaven ze juist minder vaak dan bij angststoornissen de voorkeur aan de ggz (OR = 0,53; 95%-BI 0,39 tot 0,72).

BESCHOUWING

De resultaten bevestigen dat de bevroegde huisartsen al in de eerste diagnostische overwegingen angststoornissen in beperkte mate herkennen als mogelijk onderliggende factor. Een beperking van onze onderzoeksmethode is dat in de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk ook patiënt- en systeemgerelateerde determinanten een rol spelen, en huisartsen voor een grondiger evaluatie meer sessies kunnen inlassen. Toch toont dit vignettenonderzoek aan dat de lage herkenningsevoeligheid van de huisarts zelf nog vóór zulke interacties zich voordoen een drempel kan vormen. Gegeven de beperkte tijd die de huisarts voor een consult heeft, is de eerste interpretatie van de klachten richtinggevend (*anchoring bias*).¹¹ Het vroegtijdig meenemen van de kans op een specifieke stoornis, *awareness*, vormt een belangrijke stap naar adequate zorg. Zo zal de eerste interpretatie van het beeld mede bepalend zijn voor de keuze voor eventuele verdere monitoring en het besluit of en welke screening moet worden afgenomen.

Er waren in ons onderzoek wel verschillen tussen de deelnemende huisartsen. Terwijl ruim de helft van hen in 1 of meer

KADER 2 EPIDEMIOLOGIE VAN ANGST

Angst ontstaat vaak rond de leeftijd van 11 jaar [tussen 6 en 21 jaar]. Parallel aan de ontwikkelingsuitdagingen van de levensfasen ontstaan de separatie-angststoornis en specifieke fobieën vaak in de kinderjaren, de sociale angststoornis in de adolescentie, en de gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis in de vroege volwassenheid.

Angst wordt onbehandeld gekenmerkt door een persisterend beloop. Eén op de 10 personen is klachtenvrij in de volwassenheid, inclusief degenen die niet voldeden aan de volledige diagnostische criteria [*subthreshold cases*]. Hiermee is de lifetimeprevalentie van angststoornissen 1 op de 5 personen. Hoewel laagdrempelige vroege interventies effectief zijn en ook bijdragen aan het voorkomen van latere comorbiditeit, starten patiënten vaak pas ruim een decennium na het begin van de klachten met de behandeling.

Angst verhoogt het risico op latere schooluitval, spanningen op het werk en suïcidaliteit. Comorbiditeit met stemmingsproblemen, middelenmisbruik, ADHD, eetstoornissen of obsessieve-compulsieve stoornissen zijn eerder regel dan uitzondering.

Angst is bij het bredere publiek vooral bekend in de vorm van een paniekstoornis of [angst voor] hyperventilatie.

De sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis (piekerstoornis) komen echter het meest voor.

Angst is met een geschatte ziektelast van 390 per 100.000 personen [95%-BI 191 tot 371] de zesde belangrijkste oorzaak van verloren productieve jaren. Dit getal ligt hoger onder de 15- tot 34-jarigen en wanneer we de indirecte impact meerekenen.

Dit overzicht is gebaseerd op de reviews van 3 onderzoeken.^{1,6,7} Op de webpagina van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid is een uitgebreide samenvattingskaart signaleren en triageren te vinden en de Startpagina richtlijn: angst [2016] geeft voorbeelden van normale angst, problematische angst en angststoornissen.

vignetten angst herkende, deed ruim twee vijfde dat in geen enkel vignet. Hoewel de ggz-professionals elk in ten minste 1 vignet angst herkenden, lag de herkenning onder hen met 40% ook ruim onder de 100%. Angst komt in epidemiologisch onderzoek herhaaldelijk als meest prevalent naar voren, maar wordt dus ook in de ggz geregeld over het hoofd gezien.¹²

We vonden geen ondersteuning voor de hypothese dat huisartsen de behandeling van jeugdigen met angststoornissen over het algemeen bewust minder hoog zouden willen inzetten dan de behandeling van bijvoorbeeld een depressie. Hieruit leiden we af dat de herhaaldelijk gevonden onderdiagnostiek van angstklachten het gevolg is van onderherkenning

en niet primair een kwestie van beperkt problematiseren. Deze bevinding suggereert vooral dat wanneer huisartsen angst vaker als een relevant en prevalent probleem zouden zien, dit vroege signalering en adequaat management zou bevorderen. Om op het spoor van angstklachten te komen is het belangrijk dat huisartsen op de hoogte zijn van de epidemiologie en symptomatologie van angststoornissen, zie www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/angst en [kader 2].^{13,14} Een valkuil is dat huisartsen zich lijken te laten leiden door de nog beperkte lijdenslast van de ouders.³ Daarom is het cruciaal om informatie van het kind zelf te verkrijgen. Dat kan bijvoorbeeld door tijdens het lichamelijk onderzoek consistent aandacht te schenken aan het bredere psychosociale functioneren en de beleving van de patiënt.¹⁵ Naast vragen als 'hoe gaat het thuis?' en 'hoe gaat het op school?', vormen de vragen 'heb je vrienden of vriendinnetjes?' en 'wat doe je in je vrije tijd?' daarvoor een informatief startpunt.¹⁶

CONCLUSIE

Angststoornissen en angstklachten in de huisartsenpraktijk worden al in de eerste interpretatie van de gepresenteerde klachten over het hoofd gezien. Het potentieel van de huisartsenpraktijk kan beter worden benut en bijdragen aan het voorkomen van de langetermijneffecten van problematische angst. ■

LITERATUUR

1. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 2009;11:7-20.
2. Verhulst FC, Van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:777-81.
3. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety* 2004;20:155-64.
4. Olariu E, Forero CG, Castro-Rodriguez JI, Rodrigo-Calvo MT, Alvarez P, Martin-Lopez LM, et al. Detection of anxiety disorders in primary care: a meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depress Anxiety* 2015;32:471-84.
5. Volksgezondheidszorg.info. Prevalentie angststoornissen in huisartsenpraktijk. 2021. www.volksgezondheidszorg.info. Geraadpleegd op 1 juni 2021.
6. Stein DJ, Scott KM, De Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci* 2017;19:127-36.
7. Stein MB. Attending to anxiety disorders in primary care. *J Clin Psychiatry* 2003;64 Suppl 15:35-9.
8. O'Brien D, Harvey K, Young B, Reardon T, Creswell C. GPs' experiences of children with anxiety disorders in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2017;67:e888-98.
9. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, et al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *Int J Clin Health Psychol* 2015;15:160-70.
10. Stevenson M. epiR: tools for the analysis of epidemiological data. 2019. <https://cran.r-project.org/web/packages/epiR/epiR.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2021.
11. Elstein AS, Schwartz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ* 2002;324:729-32.

12. Asp M, Lindqvist D, Fernstrom J, Ambrus L, Tuninger E, Reis M, et al. Recognition of personality disorder and anxiety disorder comorbidity in patients treated for depression in secondary psychiatric care. *PLoS One* 2020;15:e0227364.
13. Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. Betrouwbare kennis over angst: ouders en jongeren vinden hier informatie over diagnose, behandeling, medicatie (inclusief bijwerkingen) en meer. 2021. www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/angst. Geraadpleegd op 1 juni 2021.
14. Thuisarts.nl. Ik ben vaak bang (informatie voor jongeren). 2017. www.thuisarts.nl/angstklachten. Geraadpleegd op 1 juni 2021.
15. Vallance AK, Kramer T, Churchill D, Garralda ME. Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. *Prim Health Care Res Dev* 2011;12:301-9.
16. Lambregtse C. Kinderproject 'Alle hens aan dek' in Katwijk: vier vragen bij buikpijn. Katwijk: De dokter, 2012.

Aydin S, Crone MR, Siebelink BM, Vermeiren RRJM, Numans ME, Westenberg PM. Angststoornissen bij jongeren herkennen. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1237-5. Universiteit Leiden, Vakgroep Onderwijs en ontwikkelingspsychologie, Leiden: S. Aydin, promovenda, s.aydin@fsw.leidenuniv.nl; prof. dr. P.M. Westenberg, hoogleraar ontwikkelingspsychologie. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. M.R. Crone, senior onderzoeker; prof. dr. M.E. Numans, huisarts, hoogleraar eerstelijngeneeskunde. Leids Universitair Medisch Centrum, Curium, Leiden: B.M. Siebelink, klinisch psycholoog; prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren, psychiater, hoogleraar kind- en jeugdpsychiatrie. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.