

5 Moore OA, Smith LA, Campbell F, Seer K, McQuay HJ, Moore RA. Systematic review of the use of honey as a wound dressing. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2001;1:1-13.

6 Heinrich JJ, Brand DA, Cuono CB. The role of topical treatment as a determinant of infection in outpatient burns. *J Burn Care Rehabil* 1988;9:253-7.

7 Han KH, Maitra AK. Management of partial skin thickness burn wounds with Inadine dressings. *Burns* 1989;15:399-402.

8 Gerding RL, Emerman CL, Effron D, Lukens T, Imbembo AL, Fratianne RB. Outpatient management of partial-thickness burns: Biobrane versus 1% silver sulfadiazine. *Ann Emerg Med* 1990;19:121-4.

9 Lal S, Barrow RE, Wolf SE, Chinkes DL, Hart DW, Hegggers JP, et al. Biobrane improves wound healing in burned children without increased risk of infection. *Shock* 1999;14:314-8.

10 Hansbrough JF, Achauer B, Dawson J, Himel H, Luterman A, Slater H, et al. Wound healing in partial-thickness burn wounds treated with collagenase ointment versus silver sulfadiazine cream. *J Burn Care Rehabil* 1995;16:241-7.

11 Sinha R, Agarwal RK, Agarwal M. Povidone iodine plus neosporin in superficial burns, a continuing study. *Burns* 1997;23:626-8.

12 Commissie Farmaceutische hulp. *Farmacotherapeutisch Kompas*. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2003.

Klinische les

Sociale fobie: minder op de achtergrond

DB Oosterbaan, AJLM van Balkom

Inleiding

Lange tijd nam men aan dat de sociale fobie een weinig voorkomende, milde psychiatrische aandoening was. In het afgelopen decennium is echter uit diverse onderzoeken zichtbaar geworden dat de omvang van de problematiek in de bevolking groot is en het invaliderende karakter van deze stoornis ernstiger is dan voorheen werd aangenomen. Omdat patiënten vanuit de aard van hun problematiek zelf niet snel hulp zoeken, heeft de huisarts een cruciale rol bij het herkennen van deze klachten. In deze klinische les staan we stil bij de diagnostiek en behandeling van deze veel voorkomende angststoornis.

Samenvatting

Oosterbaan DB, Van Balkom AJLM. Sociale fobie: minder op de achtergrond. *Huisarts Wet* 2004;47(2):110-4.

Sociale fobie is een van de vaakst voorkomende psychiatrische stoornissen. De gevolgen van deze stoornis voor het functioneren op diverse levensterreinen kunnen groot zijn. Toch staat de problematiek pas recent in de belangstelling bij de bevolking en de gezondheidszorg. Onbehandeld hebben de klachten een chronisch beloop dat vaak gecompliceerd wordt door depressie of alcoholproblematiek. De laatste jaren zijn effectieve medicamenteuze en psychotherapeutische behandelmethoden ontwikkeld. De huisarts kan een cruciale rol spelen bij het signaleren van deze zorgmijdende patiënten.

Adhesie GGZ Midden-Overijssel, RIAGG Almelo, Hanzelaan 1, 7607 NL Almelo: mw.dr. D.B. Oosterbaan, psychiater; VU medisch centrum, Vakgroep psychiatrie EMGO-instituut, Amsterdam: prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, hoogleraar.

Correspondentie: d.oosterbaan@adhesie.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

De heer Barendregt is een 34-jarige chef in een supermarkt. Hij komt op het spreekuur omdat hij al 3 maanden last heeft van hoofdpijn en vermoeidheid en slecht slaapt. Hij vraagt om slaappmiddelen. De heer Barendregt is ongeveer 10 jaar in de praktijk, maar verschijnt zelden op het spreekuur. Hij komt over als een bescheiden, hardwerkende man. Zijn voorgeschiedenis vermeldt geen bijzonderheden behalve een gastritis enkele jaren geleden ten gevolge van fors alcoholgebruik. De anamnese biedt geen aanknopingspunten voor somatische problematiek. Op de vraag naar het huidige alcoholgebruik vertelt hij niet meer dan een half zakflesje jenever per dag te gebruiken. Hij vertelt thuis en op het werk nog maar weinig plezier in dingen te beleven. Hij schaamt zich er een beetje voor omdat hij eigenlijk niet zou mogen klagen. Hij heeft een halfjaar geleden, na jaren administratief werk op de inkoopafdeling, promotie gemaakt en heeft nu als chef een twaalfstal caissières en winkelpersoneel onder zich. Financieel is hij er aardig op vooruitgegaan waardoor hij met zijn vrouw onlangs een eigen huis heeft kunnen kopen. Vooral zijn vrouw is blij met het grotere huis vanwege hun kinderwens. De heer Barendregt is verder weinig mededeelzaam en het gesprek verloopt verder wat moeizaam. Hij komt duidelijk somber over, maar vitaal-depressieve symptomen ontbreken. Wanneer de nieuwe werksituatie ter sprake komt, ziet de heer Barendregt wel een verband tussen zijn vermoeidheid en zijn werk. Hij komt vaak erg moe thuis en is dan tot weinig meer in staat. Het vermoeidst vindt hij de vergaderingen en het bijsturen van een niet goed functionerende caissière die hij erg ondermijnd vindt. De werkdruk is hoog waardoor hij geen tijd heeft om te lunchen. Dit laatste vindt hij eigenlijk ook wel prettig. Tijdens lunches voelt hij zich altijd slecht op zijn gemak. Hij is altijd erg onzeker geweest en weet niet goed waar hij over moet praten als het over koetjes en kalfjes gaat. Hij voelt zich dan snel rood worden en is bang dat iedereen dit ziet. Hij is bang dat men zal zien hoe onzeker hij in feite is.

Vooraf bij de jongste caissières is hij er beducht voor dat ze zullen denken dat hij iets van ze wil als hij bloost. Om zijn spanning wat te verminderen neemt hij bij wijze van zelfmedicatie af en toe een slokje jenever uit het flesje in zijn binnenzak. Hoewel hij eigenlijk wel beseft dat dit geen groot effect kan hebben, durft hij niet zonder. Regelmatig denkt hij terug aan zijn vorige baan, waar hij veel minder met al die mensen te maken had. Een weg terug is er echter niet: hij zou dan zijn nieuwe huis op moeten geven; hij moet er niet aan denken zijn vrouw daarmee te moeten teleurstellen.

Voorkomen en impact

De sociale fobie – tegenwoordig steeds vaker sociale angststoornis genoemd – waar de heer Barendregt aan lijdt, is een vaak voorkomende psychiatrische aandoening. In epidemiologische onderzoeken uitgevoerd vóór 1993 bedroegen de lifetimeprevalenties van sociale fobie circa 3%.¹ Recentere onderzoeken vermeldden zelfs een veel hogere lifetimeprevalentie in de bevolking, oplopend tot 16,0%.^{2,3} Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan een verruiming van de DSM-criteria voor sociale fobie, die in deze latere onderzoeken zijn gebruikt. Binnen de eerstelijns populatie lopen de puntprevalenties uiteen van 2,9 tot 7,0%.⁴ Sociale fobie is hiermee een van de meest prevalentie psychiatrische ziektebeelden. De klachten komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (1,5:1). Veel patiënten herinneren zich van kinds af aan al onzeker te zijn geweest, maar de klachten worden meestal pas echt duidelijk in de adolescentie. De prevalentie neemt sterk af in oudere cohorten.⁵

Sociale contacten zijn voor veel levensgebieden bepalend. De consequenties van een sociale fobie voor het persoonlijk leven kunnen daarom groot zijn. Patiënten met een sociale fobie blijken eenzaam en blijven vaker alleenstaand. Ook is de kans op financiële afhankelijkheid significant verhoogd, terwijl bij werkende patiënten het ziekteverzuim ruim tweemaal hoger is vergeleken bij normale controles.⁶ Scholieren met een sociale fobie hebben een tweemaal hogere kans voortijdig de school te verlaten.⁷

Klinisch beeld en diagnostiek

Enige mate van sociale angst is voor de meeste mensen een bekend verschijnsel en hoort dan ook bij het gewone leven. Wanneer de angst om voor schut te staan of bekritiseerd te worden buitensporige proporties aanneemt, kan er sprake zijn van een sociale fobie.

De centrale angst bij mensen met een sociale fobie is iets te doen waardoor zij kritiek van anderen uitlokken. Zij zijn bang in een beschamende of vernederende situatie terecht te komen. Veel sociaal-fobici vrezen door anderen dom, saai, onaantrekkelijk of onzeker gevonden te worden. Volgens de DSM-IV-criteria is er sprake van een sociale fobie als iemand één of meerdere sociale situaties vermijdt of zich erg ongemakkelijk of angstig voelt in deze situaties.⁸ Om onderscheid te maken met normale sociale angsten en verlegenheid stelt de DSM-IV dat de klachten een duidelijke invloed moeten hebben op het functioneren van de patiënt. Het zal

duidelijk zijn dat dit criterium geen duidelijke scheidslijn oplevert tussen wat nog normale sociale angsten zijn en wat niet.

Patiënten met een sociale fobie kunnen onderling sterk verschillen in de ernst en de uitgebreidheid van de situaties waar zij bang voor zijn. Zo zijn er patiënten die zich alleen maar angstig voelen in één sociale situatie (de zogenaamde ‘specifieke’ vorm) terwijl anderen in de meeste sociale situaties bang zijn (de ‘gegeneraliseerde’ vorm). Hoewel in de DSM-IV de specifieke vorm niet meer apart wordt aangemerkt, is dit onderscheid nog wel van belang vanwege een ander farmacotherapeutisch beleid, waarop later in dit artikel zal worden ingegaan. Bekende voorbeelden van de specifieke sociale fobie zijn podiumvrees en examenvrees.

Patiënten met de gegeneraliseerde vorm van de sociale fobie zijn bang voor situaties waarin zij voelen een prestatie te moeten leveren in het bijzijn van anderen of in een directe interactie met anderen komen te staan. Het kan dan gaan om kennismaken met nieuwe mensen, naar een verjaardag gaan, iets terugbrengen naar de winkel, met officiële instanties overleggen of openlijk met iemand van mening verschillen. Om deze angst uit de weg te gaan worden deze situaties vaak zo veel mogelijk vermeden. Als situaties niet te vermijden zijn, worden ze doorstaan met intense angst.

Presentatie bij de huisarts

Net zoals de heer Barendregt zullen de meeste patiënten met een sociale fobie zich zelden direct met hun klachten op het spreekuur van de huisarts melden. Zij kunnen immers moeilijk over hun problemen praten, maar ook een gebrek aan besef dat er iets aan de klachten te doen zou zijn kan ertoe leiden dat zij geen hulp zoeken. In de maatschappij heerst nogal eens de opvatting dat sommige mensen vanuit hun karakter ‘nou eenmaal verlegen zijn’ en dit als gegeven zouden moeten accepteren. Slechts circa 5% van de patiënten met een sociale fobie zoekt ooit in zijn leven professionele hulp.⁹ Dit percentage wordt hoger als er sprake is van comorbiditeit, maar blijft ook dan opvallend laag (20-38%).¹⁰ Patiënten met een ernstige vorm van sociale fobie maken vaak een zenuwachtige indruk, maken weinig oogcontact, geven de huisarts overal gelijk in en hebben moeite om vragen te formuleren. Het is belangrijk actief door te vragen naar de sociale-angstklachten met behulp van screeningsvragen als:¹

- ▶ ‘Voelt u zich als u in gezelschap van andere mensen bent vaak nerveus, ongemakkelijk of erg van uzelf bewust?’
- ▶ ‘Gaat u vaak situaties uit de weg waarin u in het centrum van de belangstelling kunt komen te staan?’

Een deel van de sociaal fobische patiënten is net als de heer Barendregt bang dat lichamelijke spanningsverschijnselen zoals blozen, transpireren of trillen hun onzekerheid verraadt. Zij hebben vaak het idee dat als deze lichamelijke klacht zou verdwijnen, hun onzekerheid ook weg is. Deze groep patiënten zal zich vaak met een specifieke – op het eerste gezicht somatische – vraag tot de huisarts wenden, bijvoorbeeld een verzoek om medicatie tegen trillen terwijl de hulpvraag feitelijk voortkomt uit een toestand van voortdurende angst en spanning.

Differentiële diagnostiek

Angst, vermijding en schaamte die voortkomen uit de symptomen van een somatische ziekte, zoals angst om door het trillen bij de ziekte van Parkinson vreemd aangekeken te worden, wordt in de DSM-IV niet als een vorm van sociale fobie beschouwd, maar gecategoriseerd als angststoornis niet anderszins omschreven. Het is nauwelijks onderzocht of dit een valide onderscheid is. In de praktijk lijken ook deze patiënten te kunnen profiteren van psychotherapeutische technieken ontwikkeld bij de sociale fobie.

Patiënten met een stoornis in de lichaamsbeleving – vroeger wel dysmorfofobie genoemd – zijn overdreven ongerust en ontevreden over een vermeende afwijking aan het uiterlijk. Zij zijn bijvoorbeeld gepreoccupeerd met het feit dat hun oren verkeerd staan, terwijl hier voor anderen niet of nauwelijks iets aan te zien is.

Paniekstoornis met of zonder agorafobie kan soms moeilijk te onderscheiden zijn van sociale fobie. Patiënten met sociale fobie kunnen namelijk ook paniekaanvallen hebben, maar deze zijn beperkt tot sociale situaties en treden niet spontaan op. Bovendien schrijven zij, in tegenstelling tot patiënten met een paniekstoornis, de lichamelijke symptomen die gepaard gaan met de paniekaanval niet toe aan een neiging tot flauwvallen, een hartaanval, een naderende dood of controleverlies. Het is dus belangrijk dóór te vragen naar het focus van de angst. Vragen die verheldering kunnen brengen zijn bijvoorbeeld: 'Wat denkt u op het moment dat u angstig bent?', 'Wat zou het ergste zijn wat er zou kunnen gebeuren?' en 'Zou u ook angstig zijn als er geen andere mensen bij waren?'

Bij de gegeneraliseerde angststoornis is de patiënt overmatig bezorgd over gevaren en problemen op diverse terreinen zoals werk, gezondheid, financiën of de risico's in het verkeer. Deze patiënten zijn vaak onzeker over hun mogelijkheden om dergelijke problemen het hoofd te bieden als deze zich zouden voordoen. De angst centreert zich echter niet rond de mogelijkheid door anderen kritisch beoordeeld te worden zoals dat bij de sociale fobie het geval is.

Patiënten met een sociale fobie die gedurende hun hele leven al angstig zijn in nagenoeg alle sociale situaties hebben meestal ook een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Uit onderzoek blijkt dat het bij de patiënten die ook 'van karakter' onzeker zijn, niet gaat om wezenlijk andere problematiek in vergelijking tot patiënten met een lichte vorm van sociale fobie, maar veeleer om een ernstigere vorm.⁸

Depressieve patiënten kunnen zich erg onzeker voelen en sociale contacten uit de weg gaan. Het gaat hierbij meer om een uiting van de depressie, die bij het opklaren ervan weer zal verdwijnen. Soms moet sociale fobie onderscheiden worden van relatief zeldzame, maar ernstige stoornissen zoals een paranoïde psychose (in het kader van een waanstoornis of schizofrenie). Belangrijk in de afbakening met psychotische stoornissen is dat patiënten met een sociale fobie zich realiseren dat hun angst overdreven is. Eveneens relatief zeldzaam zijn patiënten die een teruggetrokken sociaal leven leiden, maar in tegenstelling tot patiënten met een sociale fobie geen behoefte hebben aan sociale contacten. Zij

De kern

- ▶ Sociale fobie komt veel vaker voor dan voorheen werd aangenomen.
- ▶ Sociale fobie is meer dan 'een beetje verlegen' en heeft veel invloed op het leven van de patiënt.
- ▶ Sociale fobie is meestal goed te behandelen.
- ▶ De huisarts speelt een belangrijke rol bij de herkenning van deze patiënten.

kunnen – ook met mensen die zij goed kennen – vaak geen normaal emotioneel contact onderhouden. Bij deze 'zonderlinge' patiënten met een kenmerkend patroon van afstandelijkheid, eigenaardige overtuigingen of gedragingen of achterdocht valt veeleer te denken aan respectievelijk een schizoïde, schizotypische of paranoïde persoonlijkheidsstoornis of een stoornis uit het autistische spectrum. De hulpvraag zal bij deze patiënten vaker uit de omgeving komen dan van de patiënt zelf. Bij twijfel over de diagnostiek is een psychiatrisch consult aan te bevelen.

Comorbiditeit

De sociale fobie gaat gepaard met een hoge comorbiditeit. Het merendeel van de patiënten (81%) heeft tijdens het leven ten minste één andere psychiatrische stoornis.⁹ Binnen de eerstelijns populatie gaat het veelal om depressie (33-58%), gegeneraliseerde angststoornis (27-31%), paniekstoornis met of zonder agorafobie (28%) en misbruik of afhankelijkheid van alcohol (14-24%).^{11,13} Zeventig procent van de patiënten met een sociale fobie gebruikt alcohol als zelfmedicatie om angst te dempen en remmingen weg te nemen.

Behandeling

Psycho-educatie, waarbij de patiënt uitleg krijgt over klachten die bij sociale fobie horen en de behandelmogelijkheden, moet altijd aan behandeling of verwijzing voorafgaan. Er zijn hiervoor diverse voorlichtingsfolders beschikbaar. Behandelvormen die uit gecontroleerd onderzoek effectief bleken, zijn: gedragstherapie en cognitieve therapie – al dan niet in de combinatie van cognitieve gedragstherapie –, socialevaardigheidstraining en medicatie. Andere vormen van psychotherapie, zoals inzichtgevende therapie zijn onvoldoende onderzocht.

Socialevaardigheidstraining is lange tijd een bijna vanzelfsprekende therapievorm voor sociaal angstige mensen geweest. De training berust op de theorie dat patiënten met een sociale fobie angstig worden omdat zij niet weten hoe zij zich in sociale situaties moeten gedragen. Onderzoek heeft echter nooit hard kunnen maken dat deze patiënten een gebrek aan sociale vaardigheden hebben. Het effect van socialevaardigheidstraining is weinig onderzocht, maar lijkt kleiner dan een behandeling met cognitieve gedragstherapie.¹⁴

Medicamenteuze behandeling

Binnen de medicamenteuze behandeling wordt allereerst onder-

scheid gemaakt in de behandeling van de specifieke en de geeneraliseerde vorm. Bij de specifieke vorm kunnen bètablokkers hinderlijk ervaren symptomen van angst zoals hartkloppingen en trillen wegnemen, zodat deze de patiënt tijdens het optreden niet nóg angstiger maken. In acht van de elf gecontroleerde onderzoeken naar het gebruik van bètablokkers door sprekers en musici met podiumvrees bleek een significant effect ten opzichte van placebo.¹⁵ Bètablokkers hebben alleen een plaats bij de behandeling van patiënten die slechts nu en dan last hebben van 'podiumvrees'. Het best onderzocht zijn propranolol in een dosering van 20-40 mg per dag en atenolol 50-100 mg per dag. De medicatie wordt enkele uren voorafgaand aan het optreden ingenomen. Het is raadzaam de patiënt te adviseren éénmaal los van de gevreesde situatie een proefdosering te nemen om zo veel mogelijk met het effect van de medicatie bekend te zijn. Het gebruik van benzodiazepinen wordt voor de specifieke vorm van sociale fobie afgeraden omdat bijwerkingen als sedatie, geheugen- en concentratieproblemen een negatieve invloed op de prestatie kunnen hebben. Als patiënten regelmatig last hebben van podiumvrees, kan beter een medicamenteus beleid gevolgd worden zoals bij de geeneraliseerde vorm van sociale fobie of een cognitieve gedragstherapie wordt aangeboden.

Bij de geeneraliseerde vorm van sociale fobie zijn SSRI's conform de interdisciplinaire CBO-richtlijncommissie Angststoornissen de eerste keuze in de medicamenteuze behandeling. Op basis van deze richtlijn wordt de NHG-Standaard Angststoornissen momenteel aangepast. De SSRI's waaronder fluvoxamine (2 onderzoeken), paroxetine (3 onderzoeken) en sertraline (2 onderzoeken) bleken in placebogecontroleerd onderzoek effectief. Alleen fluoxetine bleek in een recent onderzoek niet beter dan placebo.¹⁶ Op dit moment is alleen paroxetine voor de indicatie sociale fobie geregistreerd. In een meta-analyse, waarin het fluoxetineonderzoek niet is meegenomen, bleken SSRI's effectief bij 53% van de patiënten.¹⁷ De SSRI's worden gebruikt in dezelfde dosering als bij de behandeling van depressie. Het effect laat echter langer op zich wachten en kan pas na twaalf weken worden beoordeeld. Het is niet bekend hoe lang na remissie nog met de medicatie moet worden doorgegaan. Op grond van klinische consensus wordt aanbevolen de medicatie een jaar voort te zetten.

Over het effect van tricyclische antidepressiva bij sociale fobie bestaan geen placebogecontroleerde onderzoeken. Diverse gecontroleerde onderzoeken hebben van de klassieke MAO-remmers een duidelijk effect aangetoond, maar deze middelen zijn vanwege het ongunstige bijwerkingenprofiel en risico's op complicaties ongeschikt als middelen van eerste keuze. De moderne en veel veiligere variant van deze middelen, de selectieve en reversibele MAO-A-remmer (RIMA) moclobemide leek aanvankelijk veelbelovend, maar bleek in diverse latere onderzoeken niet of nauwelijks effectief.¹²

Bij de benzodiazepinen wordt een onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde *high-* en *low-potency* benzodiazepinen. High-potency benzodiazepinen hebben een relatief hoge angstdempende werking ten opzichte van hun sederende eigenschappen. De high-

potency benzodiazepinen alprazolam en clonazepam zijn effectief bij sociale fobie, maar zijn eveneens niet geschikt als middelen van eerste keuze vanwege het risico op afhankelijkheid. Low-potency benzodiazepinen zoals diazepam en oxazepam zijn onvoldoende onderzocht voor deze indicatie. Bètablokkers zijn niet effectief bij de geeneraliseerde vorm van sociale fobie, evenmin als de 5-HT_{1A}-receptoragonist buspiron.

Plaatsbepaling van de diverse behandelingen

Hoewel de effecten van medicatie en cognitieve gedragstherapie elkaar op korte termijn niet ver lijken te ontlopen, wordt cognitieve gedragstherapie als eerste keuze in de behandeling van sociale fobie gezien. Deze voorkeur berust vooral op het gegeven dat er na deze behandeling minder terugval plaatsvindt dan bij medicamenteuze behandeling. Medicatie lijkt daarom ongeschikt als monotherapie en moet vooral als ondersteuning worden gezien bij patiënten met ten minste matige tot ernstige klachten. Of medicatie de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie vergroot, is niet onderzocht. Socialevaardigheidstraining kan onderdeel van de behandeling zijn voor patiënten die een duidelijk tekort hebben aan sociale vaardigheden.

De rol van de huisarts bij de behandeling

Natuurlijk heeft niet iedereen die zich onzeker voelt behandeling nodig. Behandeling is aangewezen bij die patiënten die naast een duidelijk abnormale mate van sociale angst ook duidelijk hinder hebben van deze klachten. Bij patiënten die niet aan deze criteria voldoen, zal meestal de uitleg volstaan dat enige mate van sociale angst normaal is, vooral bij taken die uitgevoerd moeten worden in het bijzijn van anderen. Bovendien bestaan er velerlei laagdrempelige cursussen waarin geleerd wordt met dit soort angsten om te gaan (bijvoorbeeld angst voor solliciteren of spreken in het openbaar). Er zijn ook diverse boekjes voor zelfhulp bij sociale angst in de boekhandel verkrijgbaar.

Indien er daadwerkelijk sprake is van sociale fobie, kan de huisarts in lichte gevallen of gevallen die recent ontstaan zijn overwegen de patiënt zelf te behandelen. U kunt hierbij adviezen geven over ontspanningsoefeningen of over oefeningen om de aandacht te verleggen van de eigen presentatie naar de taak die iemand moet doen. Patiënten met sociale fobie zijn zich namelijk sterk van zichzelf bewust wat de angst weer versterkt. Ook kan een huisarts een patiënt erbij helpen overdreven angstgedachten bij te stellen en het vermijdingsgedrag terug te dringen door de patiënt stap voor stap in steeds moeilijkere situaties te laten oefenen. De NHG-Standaard Angststoornissen geeft hierover enkele aanwijzingen.¹⁹

Bij meer ernstige vormen van sociale fobie kan het beste worden doorverwezen naar een cognitief gedragstherapeut. Er zijn ook enkele gespecialiseerde angstpoliklinieken, die een supraregionale functie hebben en een rol kunnen spelen bij de behandeling van complexe problematiek. Medicamenteuze interventies door de huisarts kunnen geïndiceerd zijn bij de specifieke vorm van sociale fobie. Bij de geeneraliseerde sociale fobie is medicatie

alleen aangewezen bij non-respons op cognitieve gedragstherapie of ter ondersteuning van deze behandeling.

Adressen van enkele gespecialiseerde angstpoliklinieken
Johan Weijer Instituut (Vrije Universiteit): www.ggzbuitenamstel.nl
(020-5736600)
GGZ Nijmegen: www.ggznijmegen.nl (024-3837820)
UMC Utrecht: www.umcutrecht.nl (030-2506370)
RijksUniversiteit Leiden: www.lumc.nl (071-5263785)
Zie verder ook geestelijke-gezondheidszorg.pagina.nl

Literatuur

- 1 Chapman TM, Mannuzza S, Fyer AJ. Epidemiology and family studies of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995:21-41.
- 2 Lépine JP, Pélassolo A. Epidemiology and comorbidity of social anxiety disorder. In: Westenberg HGM, Den Boer JA, editors. *Social anxiety disorder*. Amsterdam: Syn-thesis, 1999:29-45.
- 3 Wacker HR, Mulleijans R, Klein KH, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the CIDI. *Int J Meth Psychiatric Res* 1992;2:91-100.
- 4 Lang AJ, Stein MB. Social phobia: Prevalence and diagnostic threshold. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 1):5-10.
- 5 Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry*;13:79-99.
- 6 Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The boundary of social phobia: exploring the threshold. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:975-83.
- 7 Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: Epidemiological findings. *Am J Psychiatry* 2000;157:1606-13.
- 8 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 9 Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
- 10 Katzelnick DJ, Greist JH. Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 1):11-5.
- 11 Stein MB, McQuaid JR, Laffaye C, McCahill ME. Social phobia in the primary care medical setting. *J Fam Pract* 1999;48:514-9.
- 12 Oosterbaan DB. *Social phobia: cognitive and pharmacological treatment* [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2001.
- 13 Weiller E, Bisslerbe J-C, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health-care: an unrecognized and undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996;168:169-74.
- 14 Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Beh Ther Exp Psychiatry* 1996;27:1-9.
- 15 Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:729-36.
- 16 Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ. Fluoxetine in social phobia: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:257-62.
- 17 Van der Linden GJH, Stein DJ, Van Balkom AJLM. The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15(suppl 2):S15-S23.
- 18 Oosterbaan DB, Van Balkom AJLM, Spinhoven Ph, De Meij TGI, Van Dyck R. The influence on treatment gain of comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:41-3.
- 19 Neomagus GJH, Terluin B, Aulbers LPJ, Hekman J, Van Heest FB, Van der Meer K. NHG-Standaard Angststoornissen. *Huisarts Wet* 1997;40:167-75.