

- 14 Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: The STARD initiative. *BMJ* 2003;326:41-4.
- 15 Zaat J. Nieuwe richtlijnen voor rapportage over diagnostisch onderzoek. *Huisarts Wet* 2003;46:128.
- 16 Knottnerus JA, Leffers P. The influence of referral patterns on the characteristics of diagnostic tests. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1143-54.
- 17 Ransohoff DF, Feinstein AR. Problems of spectrum and bias in evaluating efficacy of diagnostic tests. *N Engl J Med* 1978;299:926-30.
- 18 Devillé WLJM, Yzermans JC, Van Duijn NP, Bezemer PD, Van der Windt DAWM, Bouter LM. Which factors affect the accuracy of the urine dipstick test for the detection of bacteriuria or urinary tract infection? A meta-analysis. In: Devillé W. Evidence in diagnostic Research. Reviewing diagnostic accuracy from search to guidelines [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2001.
- 19 Moons KGM, Van Es GA, Deckers JW, Habbema JDF, Grobbee DE. Limitations of sensitivity, specificity, likelihood ratio and Bayes' theorem in assessing diagnostic probabilities: A clinical example. *Epidemiology* 1997;8:12-7.
- 20 Lijmer JG, Mol BW, Heisterkamp S, Bossel GJ, Prins MH, Van der Meulen JHP, et al. Empirical evidence of design-related bias in studies of diagnostic tests. *JAMA* 1999;282:1061-6.
- 21 Begg CB. Biases in the assessment of diagnostic tests. *Stat Med* 1987;6:411-23.
- 22 Devillé WLJM, Van der Windt DAWM, Džafaragić A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue. Systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine* 2000;25:1140-7.
- 23 Knottnerus JA. The effects of disease verification and referral on the relationship between symptoms and diseases. *Med Decis Making* 1987;7:139-48.
- 24 Kerr RSC, Cadoux-Hudson, Adams CBT. The value of accurate clinical assessment in the surgical management of the lumbar disc protrusion. *J Neur Neurosurgery Psych* 1988;51:169-73.

Angstklachten

G Benthem, H Andrea, K van der Meer

Samenvatting

Benthem G, Andrea H, Van der Meer K. Angstklachten. *Huisarts Wet* 2004;47(7):345-8.

Angst kan samenhangen met lichamelijke klachten en aandoeningen. Daarnaast kan angst een gevolg zijn van psychosociale problemen en stress. Maar als de angstreacties optreden terwijl er objectief gezien geen gevaar dreigt, kunnen ze wijzen op een angststoornis. Angstklachten kunnen een grote impact hebben op patiënten en een reden zijn om hulp te zoeken. Omdat de patiënt vaak niet rechtstreeks met deze klachten bij de huisarts komt, dient deze alert te zijn op de aanwezigheid van angstsymptomen en hun relatie met mogelijke angststoornissen of andere psychiatrische problematiek. Het belangrijkste diagnostische instrumentarium voor de huisarts is een uitgebreide anamnese. Daarin heeft zij aandacht voor mogelijke lichamelijke en psychosociale oorzaken voor de klachten en inventariseert klachten en psychiatrische symptomen. Hoewel de huisarts te allen tijde alert dient te zijn op overdiagnostiek, kan (beperkt) lichamelijk onderzoek bijdragen aan de bespreekbaarheid van mogelijke niet-somatische oorzaken en behandelmethodes van de angstklachten.

Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: G. Benthem, huisarts; dr. H. Andrea, destijds onderzoeker-in-opleiding; Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders, De Viersprong, Halsteren; dr. K. van der Meer, huisarts te Groningen.
Correspondentie: Gerard.Benthem@unimaas.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Van klacht naar probleem

Bijna iedereen kent wel het verschijnsel angst. Angst kan gezien worden als een respons op een bedreigende situatie, die tot doel heeft een actie te ondernemen die erop gericht is deze als gevaarlijk ingeschatte of stressvolle situatie op te heffen. Maar angst is meer dan alleen een dergelijke actie; het raakt aan vele facetten van de mens. Angst bestaat uit een samenspel van voelen (affecties), denken (cognities), doen (gedrag) en lichamelijke processen (fysiologie). Angst kan zich dan ook op al deze terreinen manifesteren: als emotie, als gedachte (bijvoorbeeld dwanggedachte), als gedrag (bijvoorbeeld vermijding) en als lichamelijke verschijnsel (bijvoorbeeld hartkloppingen). Bij niet-pathologische angst kan iemand ongerust of bezorgd zijn over bepaalde lichamelijke klachten of verschijnselen, bijvoorbeeld bloedverlies per anum waarvan de oorzaak een hemorroid blijkt te zijn. In deze gevallen kan de huisarts de ongerustheid of bezorgdheid door uitleg en/of nader onderzoek wegnemen. Ook kan angst een rol spelen bij

De kern

- Onbehandelde pathologische angst kan leiden tot aanzienlijke beperkingen voor de patiënt en diens omgeving.
- Voorgeschiedenis en anamnese leveren bij angst de belangrijkste diagnostische informatie.
- Veel patiënten met angstsymptomen zijn geneigd hun angstklachten lichamelijk te benoemen.
- Bij ouderen is de kans groter dan bij jongeren dat angst veroorzaakt wordt door een lichamelijke ziekte.

somatische aandoeningen als de verschijnselen van de aandoening bedreigend zijn, zoals benauwdheid bij COPD en hartkloppingen bij hyperthyreoïdie.

Maar angst krijgt een pathologisch karakter als de hoeveelheid ontstane angst niet in verhouding staat tot de stressor, de angst onevenredig lang aanhoudt of optreedt in afwezigheid van een externe stressfactor. Wanneer de angst tevens aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en het dagelijks functioneren belemmert, is er sprake van een angststoornis.¹

Ondanks dat de meeste angstpatiënten wel een manier vinden om met hun klachten te leren leven,² kunnen onbehandelde angststoornissen leiden tot aanzienlijke beperkingen in het sociale leven, de dagelijkse bezigheden (waaronder de werksituatie)³ en vitaliteit.⁴⁻⁶ Daarbij kan er sprake zijn van een verminderd functioneren dat te vergelijken is met een chronische fysieke aandoening als diabetes.⁵

Mensen met een angststoornis doen vaker dan gemiddeld een beroep op hulp, maar het vermoeden bestaat dat de huisarts angst niet altijd herkent. Patiënten beleven angstklachten vaak somatisch.⁷ Onderkenning van angstklachten en psychische klachten in het algemeen blijkt vooral moeilijk te zijn als de patiënt zelf de oorzaak meer als lichamelijk dan psychisch ziet.⁸

Van probleem naar differentiële diagnose

Angst kan voorkomen als een korter of langer durende klacht of probleem in de bevolking en angst kan voorkomen als een stoornis in psychiatrische zin die voldoet aan de DSM-IV-criteria (tabel 1). Het verschil is gradueel en hangt ook af van de beleving van de patiënt en van de beoordelaar. De klachten en/of problemen kunnen een tijdelijk, episodisch karakter hebben of permanent aanwezig zijn.

De psychiatrische comorbiditeit is hoog; angststoornissen gaan vaak gepaard met depressie,^{5,6,9-12} met middelengebruik, somatisatie en eetstoornissen.¹³

Ook persoonlijkheidsstoornissen kunnen een rol spelen bij het optreden van angst. Een persoonlijkheidsstoornis is een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijkt van de verwachtingen, diepgaand en star is, stabiel in de loop van de tijd en leidt tot last of beperkingen.¹ In het derde cluster van as-II van de DSM-IV (het 'angstige cluster') worden drie persoonlijkheidsstoornissen omschreven waarvan angst de gemeenschappelijke achtergrond is: de ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. In relatie tot angststoornissen lijkt er vooral sprake te zijn van comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en de gegeneraliseerde angststoornis en de sociale fobie.¹⁴

Bij diverse somatische problemen kunnen er angstklachten optreden. Voorbeelden zijn hormonale aandoeningen, zoals hyper- en hypothyroïdie en hypoglykemie; cardiovasculaire aandoeningen, zoals decompensatio cordis, aritmie en longembolie; respiratoire aandoeningen, neurologische aandoeningen, zoals neoplasma's en encephalitis, en vestibulaire problemen.

Methodologie

Binnen Medline en Psychinfo is gezocht naar artikelen vanaf 1985 met als trefwoorden: *anxi** en *fear** in combinatie met *general practi**, *family medicine/doctor/physician*, *primary care** en met *population*, *epidemiology*, *prevalence*, *incidence* – met de * als wildcard-tekens. Tevens hebben we gebruikgemaakt van algemene naslagwerken (DSM-IV, CBO-standaard) en naslagwerken met informatie over angstklachten in de huisartsenpraktijk (handboek *Psychiatrie* uit de serie Praktische Huisartsgeneeskunde, de NHG-Standaard Angststoornissen, Nederlandstalige huisartsgeneeskundige tijdschriften). We hebben de literatuurlijsten van deze bronnen gebruikt om weer andere relevante publicaties te vinden (sneeuwbalmethode). Meer informatie over de zoekmethode is op te vragen bij de eerste auteur.

Angststoornissen dienen tevens onderscheiden te worden van stressreacties. Deze kunnen optreden als een acute reactie op stress waarbij er een snelle respons komt op een plotselinge stressvolle gebeurtenis wat leidt tot angst met autonome *arousal* en mogelijk desoriëntatie, maar ook als een aanpassingsreactie waarbij er een langzamere respons komt op een *life-event*, zoals bij het verlies van een baan, verhuizing of scheiding. De angststoornis kan dan dagen of weken later optreden als een symptoom van angst, geïrriteerdheid en/of depressie.¹⁵

Tabel 1 Angstbeelden of diagnoses zoals omschreven in de DSM-IV¹

Paniekstoornis
Agorafobie
Specifieke fobie of enkelvoudige fobie
Sociale fobie
Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)
Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
Hypochondrie

Epidemiologie

Uit een wat ouder Engels onderzoek blijkt dat een behoorlijk aantal volwassenen die gedurende de afgelopen 3 maanden niet bij de huisarts geweest waren, angst als een symptoom ervaart: 12% van de mannen en 20% van de vrouwen onder de 37 jaar en 14% van de mannen en 24% van de vrouwen boven de 37 jaar.¹⁶ In een recenter Engels onderzoek vond men dat er bij 16% van de algemene bevolking een vorm van pathologische angst aanwezig was.¹⁷

Uit gegevens van het Trimbos-instituut komt naar voren dat bijna 1 op de 5 Nederlanders (19%) ooit een angststoornis heeft gehad en dat 12% van hen gedurende het afgelopen jaar voldeed aan de criteria voor een angststoornis.¹⁸ Het NEMESIS-onderzoek rapporteert een eenmaandsprevalentie voor 'enige angststoornis' van 66/1000 voor mannen en van 130/1000 voor vrouwen.¹⁹ Tabel 2 geeft bevolkingsprevalenties per angststoornis weer.

In het algemeen is de prevalentie van angststoornissen bij vrouwen ongeveer tweemaal zo hoog als bij mannen, maar dit verschil neemt af met het toenemen van de leeftijd bij een populatie van 65 jaar en ouder.²¹ De ontstaansleeftijd ligt voor angststoornissen

in het algemeen tussen het 15e en 30e levensjaar²² en lijkt afhankelijk te zijn van het type angststoornis. Gegevens over angst in huisartsenpopulaties zijn beschikbaar uit het Transitieproject en uit de *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk*. Volgens deze onderzoeken zou 1 tot 4% van de 1000 ingeschreven patiënten per jaar angstklachten hebben (ICPC-code P74; angsttoestand of ziekelijke angst).^{23,24} Hieruit blijkt dat huisartsen niet alle angststoornissen diagnosticeren.

Tabel 2 Prevalenties van angststoornissen in de algemene bevolking²⁰

Angstbeelden/diagnoses	Soort prevalentie	Percentage
Paniekstoornissen	(punt)prevalentie	1-5
Sociale fobie	lifetime prevalentie	3-13
Enkelvoudige fobie	jaarprevalentie	± 9
OCS	jaarprevalentie	1,5-2,1
	lifetime prevalentie	± 2,5
GAS	jaarprevalentie	± 3
PTSS	(punt)prevalentie	1*
Hypochondrie	(punt)prevalentie	4-9†

* alleen gegevens uit VS beschikbaar

† alleen gegevens van medische populaties beschikbaar

Diagnostiek in de huisartsenpraktijk

Voorgeschiedenis

Frequente bezoeken en atypische lichamelijke klachten kunnen een aanwijzing vormen voor de huisarts om te denken aan nieuwe of terugkerende angstklachten. Somatische ziekten, life-events, stress, relatie- of werkproblemen en dergelijke in de voorgeschiedenis kunnen mede een rol spelen in het ontstaan van de klachten.

Anamnese

Wanneer de huisarts vermoedt dat een patiënt angstklachten heeft, is de anamnese het belangrijkste diagnosticum. In de NHG-Standaard Angststoornissen² en de CBO-richtlijn Angststoornissen²⁰ staan de meest voorkomende klachten en symptomen bij angststoornissen weergegeven (tabel 3).

De NHG-Standaard² en de CBO-richtlijn²⁰ vermelden tevens diverse vragen waarmee de huisarts buitensporige angst of bezorgdheid op het spoor kan komen (tabel 4), waarbij de vragen onder te verdelen zijn in drie categorieën:

Gerichte anamnese bij lichamelijke klachten. De huisarts vraagt naar lichamelijke klachten om te kijken of er een somatische diagnose (mee)speelt. Veel lichamelijke ziekten kunnen somatische symptomen veroorzaken die ook als angst geduid zouden kunnen worden, zoals hyperthyreoïdie, supraventriculaire aritmieën of een te hoog cafeïnegebruik.

Doorvragen naar de angst. Het gaat er hierbij om de ernst van de klachten, de gevoelens, begeleidend symptomen, de beleving van de klachten, de door de patiënt vermoede oorzaken en de gevolgen van de angst in kaart te brengen.

Andere psychiatrische symptomen. De huisarts vraagt eventuele comorbiditeit uit. Speelt er ook een depressie mee? Is de patiënt afhankelijk van een middel, zoals alcohol, drugs of sedativa? Er kan sprake zijn van intoxicaties of van onthoudingsverschijnselen.

Bewijskracht

In dit artikel is het aangeven van niveaus van bewijskracht achterwege gelaten. Gedegen wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van diagnostiek bij angstklachten ontbreekt grotendeels.

Niet alleen door te vragen, maar ook door observatie en evaluatie van het contact zal de huisarts een idee krijgen over gedrag, houding, uiterlijk, interactie, bewustzijn, cognitieve functies en stemming van de patiënt. Er kunnen zich op al deze gebieden symptomen voordoen die de huisarts kunnen helpen met het stellen van de diagnose zowel op psychiatrisch als niet-psychiatrisch gebied. Zo zal angst gecombineerd met geheugenstoornissen bij een oudere patiënt doen denken aan een dementie; een angstige patiënt met bizar gedrag zou wanen kunnen hebben.

Ook de wijze waarop de klacht gepresenteerd wordt, kan de huisarts opvallen. Zoals de huisarts een depressie kan signaleren uit de non-verbale communicatie van de patiënt, zo kan hij angst op het spoor komen door te letten op intonatie, gelaatsuitdrukking of lichaamshouding van de patiënt. Doordat de huisarts bekend is met de patiënt en diens voorgeschiedenis kan hij ook inschatten of er mogelijk angstklachten aanwezig zijn.

Tabel 3 Klachten en symptomen bij angststoornissen^{2,20}

Algemeen	moeheid, meerdere onverklaarde klachten, transpireren, beven, warmte- of koudesensaties, pijnklachten op willekeurige plaatsen
Hart/vaten	hartkloppingen, atypische pijn op de borst
Ademhaling	benaauwdheid, hyperventilatieklachten(=paniekstoornis)
Maag/darm	aspecifieke maagklachten, misselijkheid, slikklachten
Neurologisch	paresthesiën, duizeligheid, licht in het hoofd
Psychisch	prikkelbaarheid, concentratieproblemen, rusteloosheid, slaapproblemen, lusteloosheid

Tabel 4 Signalen die kunnen wijzen op angststoornissen^{2,20}

Frequent spreekuurbezoek met wisselende klachten
Toename van het ziekteverzuim of anderszins verminderd functioneren
Verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen
Alcohol- of drugsproblemen
Depressieve klachten
Traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis
'Hyperventilatie'-klachten
Aanhoudende, aspecifieke 'stress'-klachten
Aanhoudende, aspecifieke lichamelijke klachten waarbij de patiënt nauwelijks of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek is afhankelijk van de gepresenteerde klachten en dient om aanwijzingen te vinden om een lichamelijke oorzaak uit te kunnen sluiten dan wel te bevestigen. Tevens kan de huisarts de patiënt hiermee geruststellen en krijgt de patiënt het gevoel serieus genomen te worden. Een patiënt die erg angstig is over de lichamelijke klachten zal niet gemakkelijk accepteren dat de huisarts geen lichamelijk onderzoek doet. Vooral bij oudere patiënten met angstklachten neemt de kans op lichamelijke verklaringen voor de angstsymptomen aanzienlijk toe, zoals dyspneu ten gevolge van hartfalen. Met name bij deze patiëntengroep kan lichamelijk onderzoek geïndiceerd zijn.

Aanvullend onderzoek

Het aanvullend onderzoek bestaat uit eventueel op de klachten gericht laboratorium- en functieonderzoek en beeldvormende diagnostiek (bijvoorbeeld een ECG en X-thorax bij pijn op de borst en benauwdheid). Zowel voor de patiënt als voor de huisarts kan dit nodig zijn om met voldoende zekerheid een somatische oorzaak uit te sluiten.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
- 2 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 2004;1:26-37.
- 3 Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, Van den Brink W. Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability. Arch Gen Psychiatry 1993;50:759-66.
- 4 Wolleswinkel-van den Bosch JH, Hoeymans N. Volksgezondheids Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Wat is de kwaliteit van leven bij angststoornissen? Bilthoven: RIVM, 2002. www.nationaalkompas.nl>Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen/Psychische stoornissen/Angststoornissen.
- 5 Fifer SK, Mathias SD, Patrick DL, Mazonson PD, Lubeck DP, Buesching DP. Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. Arch Gen Psychiatry 1994;51:740-50.
- 6 Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1996;153:213-8.
- 7 Van den Pasch M, Verhaak PFM. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. Patient Educ Counsell 1998;33:97-112.
- 8 Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. BMJ 1999;318:436-40.
- 9 Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG, Keller MB. Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. Compr Psychiatry 1995;36:303-11.
- 10 Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Depress Anxiety 1996;4:160-8.
- 11 Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. Br J Psychiatry Suppl 1998;34:24-8.
- 12 Stein MB. Mixed anxiety-depression in a primary care clinic. J Affect Disord 1995;34:79-84.
- 13 Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1998;20:21-8.
- 14 Reich J, Perry JC, Shera D, Dyck I, Vasile R, Goisman RM, et al. Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: Panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. Ann Clin Psychiatry 1994;6:125-34.
- 15 Hale SH. ABC of mental health: anxiety (clinical review). BMJ 1997;314:1886.
- 16 Ingham J, Miller P. Symptom prevalence and severity in a general practice population. J Epidemiol Commun Health 1979;33:191-8.
- 17 Mason P, Wilkinson G. The prevalence of psychiatric morbidity – OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. Br J Psychiatry 1996;168:1-3.
- 18 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Trimbos-instituut. Fact Sheets GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- 19 Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;33:587-95.
- 20 CBO. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen; richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis, 2003; www.cbo.nl.
- 21 Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. Intern J Geriatr Psychiatry 1998;13:79-99.
- 22 Thyer BA, Parrish RT, Curtis GC, Nesse RM, Cameron GG. Age of onset of DSM-III anxiety disorders. Compr Psychiatry 1985;26:113-22.
- 23 Verhaak PFM. De epidemiologie van psychiatrische stoornissen. In: Van Ree JW, De Vries MW, redactie. Psychiatrie. Serie Praktische huisartsgeneeskunde. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- 24 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.

Inmiddels zijn verschenen: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten I. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002, en: De Vries H, De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003. In de serie Diagnostiek in H&W worden een aantal hoofdstukken uit deze boeken in bewerkte vorm geplaatst.