

## Scholingsbijeenkomst Zorggroep Almere: ‘Stepped care’ bij angststoornissen

In een bijzondere samenwerkingsvorm tussen WDH en Psychiatrisch Centrum de Meregwaard uit Almere, lieten de huisartsen van Zorggroep Almere zich onlangs nascholen over angststoornissen. Een belangrijk principe was ‘stepped-care’: niet méér doen dan nodig is, maar in ieder geval altijd doen wat wél nodig is. Het bijzondere van de nascholing is dat je elkaar – en elkaars mogelijkheden en werkwijzen – echt leert kennen. Zo doet de huisarts wat hij kan doen, en verwijst hij op het juiste moment naar de juiste plaats.

Huisartsen Kees van Vliet en Berend Terluin ontwikkelden het nascholingsprogramma samen met psychotherapeuten Joost Beek en Els Dekker, beiden verbonden aan de Meregwaard, behorend tot de Symfona Regionale Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. In de nascholing was veel aandacht voor het diagnosticeren van ‘verborgen’ angstklachten. Ook werd ingegaan op de behandelingsmogelijkheden van de huisarts zelf, en de voordelen van een ‘angstcursus’ waarin wordt gewerkt met cognitieve gedragstherapie in een groep. Het ‘stepped care’-programma zal medio 2005 klaar zijn.

### Gewone en ongewone angst

Angst is functioneel: de aangemaakte adrenaline zorgt ervoor dat je adequaat reageert op gevaarlijke situaties. Een beetje angst – bijvoorbeeld voor een examen of een presentatie – maakt dat je beter gaat presteren. Er is pas sprake van ongezonde angst als deze te lang duurt of niet in verhouding is met de mate van gevaar. We kennen echter allemaal het ‘overgangsgedrag’: bijvoorbeeld overmatige bezorgdheid voor onze kinderen, ze verbieden langs het randje van een ravijn te lopen omdat we daar zélf doodsbenuwd voor zijn, en vervolgens een halve nacht wakker liggen door visioenen hoe ze alsnog in duizelingwekkende dieptes storten. Een stapje verder en er is sprake van een angststoornis: het gevaar is niet reëel en de angst is groter of duurt langer dan nodig is.

### Allemaal bang...

Angst komt vaak voor: een op de vijf mensen wordt erdoor geplaagd en een op de acht ontwikkelt echt een angststoornis. Ongeveer 75 procent van de patiënten zoekt hulp binnen de eerste lijn; bij slechts 40 procent van hen wordt de diagnose angststoornis gesteld. Ongeveer 25 procent daarvan wordt uiteindelijk verwezen naar de tweede lijn. Dit betekent dat slechts 10 procent van alle patiënten met een angststoornis in de tweede lijn terechtkomt. Een meerderheid geeft aan het liefst door de huisarts behandeld te worden.

De onderdiagnostiek wordt veroorzaakt door het taboe dat op angst rust. Mensen praten er niet gemakkelijk over en willen niet voor ‘angsthaas’ worden aangezien. En de arts begint er ook niet gemakkelijk over om de patiënt niet nog meer ‘aan te vallen’. Met name een sociale fobie (‘the hidden disease’) is lastig te ontdekken.

Wie al een angststoornis heeft, ontwikkelt gemakkelijk een tweede. Angst wordt niet zo vaak overgedragen op de omgeving, maar wel kunnen kinderen veel last ondervinden van de gevolgen, bijvoorbeeld als ze altijd de boodschappen moeten doen, of als ze zich voortdurend moeten wassen. Op latere leeftijd kan het je flink opbreken als je de angst van je ouder(s) altijd hebt moeten opvangen.

Patiënten die met de ‘angstcursus’ van de Meregwaard meedoen, geven aan al jaren klachten te hebben en opgelucht te zijn dat ze niet de enige blijken. Cijfers over ziekteverzuim zijn niet bekend, maar arbeidsongeschiktheid komt veel voor.

### Diagnostiek met de 4DKL

Voor het stellen van de diagnose kan gebruikgemaakt worden van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)<sup>1</sup>, die de patiënt zelf invult. Dit is meer dan een ‘angstmeter’, want het grootste deel van de psychische klachten in de huisartsenpraktijk wordt ermee in kaart gebracht. Scores worden verkregen op:

- ▶ distress (typische spanningsklachten, zoals bij overspanning);
- ▶ depressie (indicatie voor depressieve stoornis);
- ▶ angst (indicatie voor angststoornis);
- ▶ somatisatie (lichamelijke spanningsklachten door een bepaalde overgevoeligheid en de neiging daar ongerust over te zijn).

De voordelen van de 4DKL zijn groot: vage klachten worden in beeld gebracht en de scores geven een handvat om de klachten met de patiënt te bespreken. Deze is bovendien door het invullen van de lijst vaak al aan het nadenken gezet. Distress kent iedereen. Angst, depressie en somatisatie heeft niet iedereen, maar áls ze voorkomen, dan overlappen ze elkaar ook vaak.

### Behandeling door de huisarts

De behandeling rust op drie pijlers:

- ▶ *Psycho-educatie* begint met uitleg en geruststelling (‘van angst ga je níét dood!’) en het geven van ontspanningsoefeningen. Behalve de NHG-Patiëntenbrieven over het onderwerp kunnen andere brochures worden meegegeven en kan verwezen worden naar boeken, internet en patiëntenverenigingen.
- ▶ *Medicatie* kan soms een duur tweedelijns traject voorkomen. De NHG-Standaard geeft geen voorkeur aan een SSRI of TCA, de multidisciplinaire richtlijn wel: aan een SSRI. In het begin kunnen de klachten toenemen; om dit te voorkomen kan worden begonnen met een halve dosering. Medicatie moet bij een angststoornis langer worden voorgeschreven dan bij een depressie: minstens een halfjaar doorgaan met de dosering die werkt en vervolgens langzaam afbouwen. De kans op recidieven is groot. Overigens blijkt een placebo bij angststoornissen vaak goed te werken.
- ▶ *Cognitieve gedragstherapie* gaat ervan uit dat je aangeleerd gedrag



weer kunt afleren. De 'angst-cirkel' laat zien hoe angst en lichamelijke reacties elkaar blijven versterken. Verder worden zonnebrillen gebruikt om de patiënt te laten zien dat 'cognitie' de blik op het leven kleurt: je eigen gedachtewereld bepaalt welke 'bril' je gebruikt. Gedachten als 'ik ben dom' worden altijd bevestigd. Zodra de cognities bekend zijn, kan duidelijk worden gemaakt dat ze irreal zijn en kunnen 'tegengedach-

ten' worden geformuleerd. De kans op recidieven is klein.

Een groot deel van de behandeling ligt dus in handen van de huisarts. Ook cognitieve gedragstherapeutische interventies kunnen uitstekend door de huisarts zelf worden gedaan.<sup>2</sup> Wie dat niet wil, kan doorverwijzen naar de tweede lijn.

### Hoe vertel je het de patiënt?

Tijdens de nascholing wordt in enkele rollenspelen duidelijk dat de communicatie een fiks struikelblok vormt. Hoe krijg je de patiënt zover dat deze onderkent dat de angst het probleem vormt, en niet het object van de angst? Zeker als een hypochondrische component meespeelt, is dit soms flink lastig. En ook bij de te kiezen behandeling zijn de opties niet altijd simpel uit te leggen. Enkele consultvaardigheden blijken van belang:

- ▶ Oefen de te geven uitleg een aantal malen voor jezelf. Stel je op als deskundige en laat je niet door de patiënt manipuleren.
- ▶ Gebruik ondersteunende materialen. De angstcirkel kan verhelderend werken om tijdens het consult uit te leggen hoe angst en lichamelijke klachten elkaar versterken. Geef de NHG-Patiëntenbrieven en andere brochures mee. De patiënt herkent daarin veel en ziet bevestigd dat de huisarts niet 'zomaar wat zegt'.
- ▶ Zorg dat je de 'bondgenoot' van de patiënt wordt: neem het probleem serieus maar bewaak de autonomie van de patiënt. Laat deze zelf informatie lezen en op internet zoeken. Zorg ook dat er hoop blijft: angst is goed te behandelen.
- ▶ Laat de patiënt kiezen uit de behandelingsopties; dit bevordert de therapietrouw.

### Konijntje in de wei

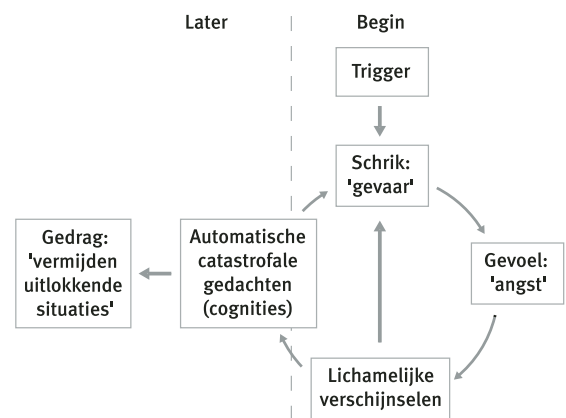
Een van de deelnemende huisartsen heeft een effectieve manier gevonden om zijn patiënten duidelijk te maken hoe angst werkt: 'Ik vertel altijd over een konijntje in de wei. Het konijntje hoort iets, spitst zijn oren, maakt zich klaar om weg te rennen en zijn hartje begint te bonzen. Als het dan inderdaad wegrent, is er niets aan de hand. Maar als het blijft zitten, dan is zijn hartje voor niets heel hard gaan slaan en denkt het konijntje: "Hé, wat doet mijn hart raar! Er zal toch niet iets mee aan de hand zijn?" En zo begint een angststoornis.'

### Stepped care in de praktijk

Bij de rollenspelen blijken de aanwezige huisartsen de neiging te hebben om maar gauw naar de 'angstcursus' in de tweede lijn te verwijzen. Dat is niet de bedoeling: 'Laten we niet iedereen naar de GGZ sturen. Er is niets mis met een pilletje als dat gewoon werkt.' En ook kan de huisarts heel veel zelf doen: 'De tien minuten van een consult lijken daarvoor veel te kort. Maar in de rollenspelen hebben we de consulten ook steeds tien minuten laten duren; daarin kan dus wel degelijk heel veel worden gedaan.'

Al met al was het een zeer leerzame dag, waarbij de samenwerking met de medewerkers van de Meregwaard een duidelijke meerwaarde had. Deze psychotherapeuten zijn nu collega's geworden in plaats van schimmige individuen in de tweede lijn. (AS)

### De Angstcirkel



### Tips voor de huisarts

De bijeenkomst is afgesloten met een aantal tips voor de huisarts. De belangrijkste willen we u niet onthouden.

- ▶ Vraag door naar het soort angst, vermijdingsgedrag en mogelijke andere stoornissen.
- ▶ Schakel niet te snel over op 'doen'.
- ▶ Gebruik vaker de 4DKL.
- ▶ Benoem het probleem: 'Angst is eng'.
- ▶ Teken de angstcirkel en bied goede schriftelijke informatie aan.
- ▶ Vat samen en laat ook de patiënt samenvatten.
- ▶ Toon empathie en vraag de hulpvraag goed uit.
- ▶ Geef aan dat angst goed te behandelen is en licht de behandelingsopties toe.
- ▶ Geef handvatten om met de angst om te gaan.
- ▶ De patiënt krijgt veel te horen; volg diens tempo.

1. Terluin B. *Vierdimensionale Klachtenlijst*. Leiderdorp: Datec, 2002. De lijst is te downloaden via [www.datec.nl](http://www.datec.nl). Ook kan de 4DKL in Medicom als 'masker' worden gebruikt, waarbij de lijst op naam wordt uitgedraaid.
2. Het NHG heeft cursussen 'Cognitief-gedragstherapeutische technieken voor de huisarts' ontwikkeld rond angststoornissen en lichamelijk onverklaarde klachten. In een komend nummer van In de praktijk zal hieraan meer aandacht worden gegeven. Wie nu al meer wil weten kan terecht op <http://nhg.artsenet.nl> of bij Geurt Essers ([g.essers@nhg-nl.org](mailto:g.essers@nhg-nl.org), tel. 030-288 17 00).