

## **Samenvatting multidisciplinaire richtlijn angststoornissen**

Ontleend aan de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003)

V. van der Velde

Trimbos-instituut  
Utrecht, december 2003

Dit is een voorlopige uitgave van de samenvatting van de Richtlijn Angststoornissen (2003).  
Een definitieve gedrukte versie zal begin 2004 verschijnen.

**TRIMBOS-INSTITUUT**

*Secretariaat Landelijke Stuurgroep  
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ*  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
tel.: 030 2971131  
E-mail: [ggzrichtlijnen@trimbos.nl](mailto:ggzrichtlijnen@trimbos.nl)  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)  
[www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>INLEIDING.....</b>	<b>5</b>
<b>PANIEKSTOORNIS MET OF ZONDER AGORAFOBIE.....</b>	<b>7</b>
<b>SOCIALE ANGSTSTOORNIS .....</b>	<b>17</b>
<b>OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS .....</b>	<b>27</b>
<b>GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS.....</b>	<b>35</b>
<b>POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS.....</b>	<b>41</b>
<b>SPECIFIEKE FOBIE .....</b>	<b>47</b>
<b>HYPOCHONDRIE .....</b>	<b>53</b>
<b>ONDERSTEUNENDE INTERVENTIES.....</b>	<b>58</b>



## Inleiding

De multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, die in december 2003 in definitieve vorm is verschenen, is door een multidisciplinair samengestelde werkgroep ontwikkeld met ondersteuning van het CBO en het Trimbos-instituut.

Van deze Richtlijn is een samenvatting gemaakt. Het doel van deze samenvatting is de richtlijn in een gemakkelijk leesbare en voor de praktijk bruikbare vorm te gieten.

Deze samenvatting kan onder meer gebruikt worden voor het toepassen van de aanbevelingen in de richtlijn in zorgprogramma's, voor het ontwikkelen van een cliëntenversie en een eventuele monodisciplinaire richtlijn.

De richtlijn en daarmee ook de samenvatting is in de eerste plaats gericht op de professional.

Voor cliënten moet een vertaalslag worden gemaakt die verder gaat dan het begrijpelijk maken van de richtlijntekst. Daarbij kan worden gedacht aan het toevoegen van aanvullende, keuze-ondersteunende informatie en bijvoorbeeld ook informatie voor familie.

### De richtlijn

De richtlijn heeft een aantal inleidende hoofdstukken, gevolgd door een hoofdstuk Diagnostiek. In de daarop volgende hoofdstukken zijn richtlijnen geschreven voor zeven onderscheiden angststoornissen, te weten:

- Paniekstoornis met of zonder agorafobie
- Sociale angststoornis
- Obsessieve-compulsieve stoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Posttraumatische stressstoornis
- Specifieke fobie
- Hypochondrie

Aan elk van deze stoornissen is een hoofdstuk gewijd. Daarin worden aanbevelingen gedaan betreffende psychologische en farmacotherapeutische interventies.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, aangevuld met de mening van deskundigen en de ervaringsdeskundigheid van cliënten.

De motivering van de aanbevelingen wordt in de richtlijn uitgebreid beschreven met literatuurverwijzingen en conclusies uit de wetenschappelijke literatuur, waarbij het niveau van bewijsvoering wordt aangegeven.

Elk van deze hoofdstukken eindigt met een beslisboom, waarin de volgorde van de stappen in de behandeling en de keuzemogelijkheden zijn uitgewerkt.

De richtlijn wordt afgesloten met hoofdstukken, die betrekking hebben op alle beschreven angststoornissen:

- Ondersteunende interventies
- Alternatieve geneesmiddelen
- Aanbevelingen vanuit het cliëntenperspectief
- Bijlagen waarin zijn opgenomen kosteneffectiviteit, verpleegkundige en maatschappelijk werkinterventies

## **De samenvatting**

In deze samenvatting is ervoor gekozen het accent te leggen op de aanbevelingen zoals die voor de onderscheiden stoornissen zijn beschreven.

De hoofdstukken in de samenvatting over de verschillende angststoornissen hebben de volgende indeling:

- Diagnostiek  
Van elke stoornis is de beschrijving uit het hoofdstuk diagnostiek overgenomen, alsmede de DSM-IV-classificatie. In de richtlijn zijn diagnostische instrumenten beschreven. De werkgroep heeft over het gebruik hiervan geen aanbevelingen gedaan. Daarom is het instrumentarium niet in de samenvatting opgenomen maar wordt verwezen naar de complete lijst in de richtlijn.
- Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie
- Psychologische en psychotherapeutische interventies
- Farmacotherapie  
Van deze onderwerpen zijn de aanbevelingen van de werkgroep opgenomen volgens de stappen die in de beslisbomen zijn beschreven. Waar nodig, is een aanvulling gegeven uit de rest van de tekst (bijvoorbeeld betreffende de wel of niet onderzochte medicijnen en de bijwerkingen).
- Beslisbomen

Uit het hoofdstuk Ondersteunende interventies is de matrix multidisciplinaire interventies (ontleend aan de International Classification of Human Functioning, Disabilities and Health) overgenomen. De aanbevelingen die in dit hoofdstuk voor de vaktherapieën zijn gedaan, zijn in dit schema verwerkt.

Door cliëntvertegenwoordigers is een hoofdstuk geschreven over de aspecten die voor cliënten belangrijk zijn. Dit behelst vooral de kwaliteit van diagnostiek en behandeling, de bejegening, de voorlichting en een integrale benadering van de cliënten.

Voor de inbreng van de cliënten, alternatieve geneesmiddelen, kosteneffectiviteit, de verpleegkundige en maatschappelijk werkinterventies wordt verwezen naar de volledige richtlijntekst. Deze onderwerpen zijn algemeen beschreven en lenen zich niet voor samenvatting.

## **Tenslotte**

Het mag duidelijk zijn dat een samenvatting beperkingen heeft. Voor een volledige versie wordt dan ook verwezen naar de integrale tekst. In deze tekst is ook de verantwoording te vinden (de mate van evidence) voor de aanbevelingen.

De integrale richtlijntekst is te vinden op de volgende websites:

[www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

[www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)

# Paniekstoornis met of zonder agorafobie

## Diagnose

Van een paniekaanval is sprake als de angst intens is, plotseling begint en tenminste 4 van de 13 in de DSM-IV genoemde symptomen binnen 10 minuten tot een piek komen. Het betreft symptomen, zoals een kloppend of bonzend hart, of versnelde hartslag, zweten, trillen of beven, gevoelens van ademnood, het gevoel te stikken etc. Het voorkomen van paniekaanvallen betekent niet dat er eveneens sprake is van een paniekstoornis. Bij een paniekstoornis zijn de aanvallen niet voorspeld en niet gebonden aan een situatie en zijn patiënten tussen de aanvallen door vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen. Het komt vaak voor dat patiënten tevens een angst voor publieke gelegenheden ontwikkelen, zoals warenhuizen, treinen, restaurants of bioscopen, waar men bij het optreden van een paniekaanval moeilijk kan ontsnappen of hulp kan krijgen. Er wordt gesproken van een paniekstoornis met agorafobie wanneer spontane paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke publieke gelegenheden.

---

## DSM-IV

### *Paniekstoornis zonder agorafobie*

- A. Zowel 1) als 2)
- 1) Recidiverende onverwachte paniekaanvallen.
  - 2) Na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) met één (of meer) van de volgende:
    - (a) voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
    - (b) bezorgdheid over deze verwickelingen of consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')
    - (c) een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen
- B. Afwezigheid van agorafobie.
- C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie).
- D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie (bijvoorbeeld voorkomend bij blootstelling aan gevreesde sociale situaties), specifieke fobie (bijvoorbeeld bij blootstelling aan een specifieke fobische situatie), obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld bij blootstelling aan vuil bij iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld in reactie op prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor) of separatieangststoornis (bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten).

### *Paniekstoornis met agorafobie*

- A. Zowel (1) en (2)
- (1) Recidiverende onverwachte paniekaanvallen.
  - (2) Na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) van een (of meer) van de volgende:
    - (a) voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
    - (b) bezorgdheid over de verwickelingen of de consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')
    - (c) een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen
- B. Aanwezigheid van agorafobie.
- C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie).
- D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie (bijvoorbeeld voorkomend bij blootstelling aan gevreesde sociale situaties), specifieke fobie (bijvoorbeeld bij blootstelling aan een specifieke fobische situatie), obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld bij blootstelling aan vuil bij iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld in reactie op prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor) of separatieangststoornis (bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten).
-

## Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie

Bij patiënten zonder agorafobie kan gestart worden met cognitieve gedragstherapie ter bestrijding van de paniekaanvallen.

Bij patiënten met paniekstoornis met agorafobie met matig ernstige en ernstige agorafobie of met een comorbide depressie, wordt de behandeling gestart met antidepressiva. Na enige weken wordt het antidepressivum gecombineerd met exposure in vivo om het resterende agorafobische vermijdingsgedrag aan te pakken.

## Psychologische en psychotherapeutische interventies

### *Exposure in vivo*

Exposure in vivo is een uiterst effectieve interventie bij paniekstoornis met agorafobie. Zeker daar waar vermindering een belangrijke element is in het ziektebeeld, bestaat geen reden om a priori een andere psychologische interventie toe te passen dan exposure in vivo.

Exposure in vivo moet dagelijks worden toegepast gedurende minimaal een uur per keer. De behandeling moet minimaal tien weken worden volgehouden. Het is van belang dat de patiënt uiteindelijk alleen en zelfstandig exposure uitvoert. Het is wel van belang dat de therapeut nauw betrokken is bij het opstellen van het exposure-programma en bij het monitoren ervan. Wanneer het risico van drop-out hoog wordt ingeschat kunnen intensiteit en frequentie van de exposure-behandeling naar beneden worden bijgesteld.

### *Psychologisch paniekmanagement*

Bij paniekstoornis, al dan niet met agorafobie, is paniekmanagement de aangewezen psychologische interventie wanneer **angst voor paniek** en het regelmatig vóórkomen van paniek het klinisch beeld in belangrijke mate bepalen. Anders dan het geval is bij exposure in vivo bestaat nog geen algemeen geaccepteerde 'standaardmethode'. Vooral nog wordt geadviseerd methodes te gebruiken die voldoen aan een voldoende combinatie van de kenmerken blootstelling aan interne sensaties, coping en herinterpretatie. De effectiviteit is aangetoond van *cognitieve therapie*, *paniek controle training* en *applied relaxation*.

Paniekmanagement moet worden toegepast gedurende een periode van één tot drie maanden. Patiënten moeten daarnaast frequent oefenen buiten de therapiezittingen. Er zijn geen overwegende bezwaren tegen paniekmanagement in groepsverband.

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hun worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping. Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.



## Farmacotherapie

Onvoldoende onderzocht: Venlafaxine, Mirtazapine, Nefazodon  
Niet-effectief: Buspiron, Betablokkers, Maprotiline

### Algemeen:

De volgorde van voorkeur wordt bepaald door de bijwerkingen/risico's.

Voorlichting over bijwerkingen.

Bij afbouw onderscheid maken tussen:

Onthoudingsverschijnselen → langzamer afbouwen.

Recidive → laagst werkzame dosering langer handhaven.

### Stap 1 SSRI\*

Eventueel in beginperiode combineren met benzodiazepinen zo nodig, tegen bijwerkingen (toename angst en paniek).

Insluipen in twee weken.

Effect evalueren na 4 weken streefdosis.

Minimaal een jaar doorbehandelen, dan in stappen van drie maanden afbouwen.

### Bijwerkingen:

Frequent: misselijkheid, hoofdpijn, slapeloosheid of slaperigheid.

Lichte angsttoename.

Seksuele functiestoornissen (reversibel en dosisafhankelijk).

Gewichtstoename.

\* In sommige situaties kan gemotiveerd worden afgeweken van de voorkeur voor een SSRI en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI.

### Doseringsschema

SSRI	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Citalopram	10 mg	20 - 30 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	20 mg	60 mg
Fluvoxamine	50 mg	100 - 150 mg	300 mg
Paroxetine	10 - 20 mg	20 - 40 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	100 mg	200 mg

### Stap 2 een andere SSRI

### Stap 3 TCA (psychologische interventie overwegen)

Onderzocht : clomipramine en imipramine.

Enige aanwijzingen: clomipramine iets effectiever dan imipramine

Onvoldoende onderzocht: amitriptyline

Onwerkzaam bevonden: maprotiline

Eventueel in beginperiode combineren met benzodiazepinen zo nodig, tegen bijwerkingen (toename angst en paniek).

Insluipen in twee weken.

Effect evalueren na 4 weken streefdosis.

Minimaal een jaar doorbehandelen, dan in stappen van drie maanden afbouwen.

### Bijwerkingen:

Frequent: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urineretentie, angsttoename, reactietijdvertraging.

Seksuele functiestoornissen (dosisafhankelijk en voorbijgaand).

Gewichtstoename.

### Doseringsschema

TCA	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Clomipramine	25 mg	100 - 150 mg	250 mg
Imipramine	25 mg	100 - 150 mg	300 mg

#### Stap 4 Benzodiazepinen (psychologische interventie overwegen)

Onderzocht: alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam

Starten met lage dosering.  
Effect evalueren na enkele dagen tot weken.  
Minimaal een jaar doorbehandelen, in stappen van drie maanden afbouwen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: duizeligheid, sufheid, vergeetachtigheid en slechter concentreren.

Bij langer gebruik: afhankelijkheid, reactietijdvertraging en cognitieve stoornissen.

Valneiging (bij ouderen).

#### Doseringschema

<b>Benzodiazepine</b>	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>
Alprazolam	1,5 mg	4 - 6 mg
Clonazepam	1 mg	2 - 3 mg
Diazepam	5-10 mg	40 - 50 mg
Lorazepam	1 mg	2 - 4 mg

#### Stap 5 MAOI

Onderzocht: fenelzine

Niet effectief: moclobenide

Langzaam insluipen.  
Alleen voorschrijven door psychiater.  
Meestal tijdens klinische opname.  
Effect evalueren na 4 weken.  
Langdurig doorbehandelen (onderhoudsbehandeling).

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: hypotensie, slapeloosheid, droge mond.

Interactie met tyramine.

Seksuele functiestoornissen.

Dosering fenelzine: startdosering 10 mg, streefdosering 40 - 60 mg.



## Beslisboom behandeling paniekstoornis (I)

### Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse bijeenkomsten.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Een behandeling met een MAO-remmer dient alleen door een psychiater uitgevoerd te worden.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- (\*) Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedicatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

### Algemeen: stap 1

- Indien sprake is van een paniekstoornis met (matig) ernstige agorafobie: volg beslisboom Paniekstoornis II.

### Algemeen: stap 2

- Bij een paniekstoornis met geen of slechts milde agorafobie en zonder comorbide ernstige depressie is er geen duidelijke voorkeur voor psychologische interventies of farmacotherapie. In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor bepaalde therapie, kosten, etc.

### Psychologische behandeling: stap 1

- Effectief gebleken psychologische behandelingen staan bekend als 'paniekmanagement'. Van drie soorten paniekmanagement is de effectiviteit aangetoond: 'cognitieve therapie', 'paniek controle training' en 'applied relaxation'. Naast verschillen vertonen ze ook veel overeenkomsten, zodat ze in combinatie kunnen worden toegepast. Er is een lichte voorkeur voor cognitieve therapie en 'paniek controle training'. Geadviseerd wordt om in ieder geval 8 weken te behandelen. Bij geen respons moet behandeling met medicatie worden overwogen. Bij een gedeeltelijke respons kan tot maximaal 16 weken worden doorbehandeld met paniekmanagement. Daarna moet zonodig opnieuw medicamenteuze behandeling worden overwogen.

### Farmacotherapie: stap 1

- Eerste keuze is een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. De keuze wordt bepaald door bijwerkingenprofiel, halfwaardetijd, eerdere ervaringen, etc. Het behandelresultaat kan na zes weken adequate dosering beoordeeld worden. Bij duidelijke angsttoename in de beginfase is kortdurend bijgeven van een benzodiazepine op zo nodig basis een mogelijkheid. Bij enig maar onvoldoende resultaat kan overwogen worden na zes weken de dosering te verhogen.

### Farmacotherapie: stap 2

- Bij geen verbetering of onacceptabele bijwerkingen: instellen op een ander SSRI, effect opnieuw te beoordelen na adequate duur en dosering. N.B.: het overstappen van medicatie 1 naar medicatie 2 kan in het algemeen direct gebeuren, wel dient rekening gehouden te worden met de halfwaardetijd van het eerste middel (cave overstimulatie van het serotonerge systeem).

### Farmacotherapie: stap 3

- Bij onvoldoende resultaat of intolerabele bijwerkingen is de volgende stap clomipramine. Effectiviteit eveneens te beoordelen na adequate duur en dosering.

### Farmacotherapie: stap 4

- Bij ineffectiviteit of intolerabele bijwerkingen is de volgende stap behandeling met een benzodiazepine. Het effect is na 6 weken adequate dosering te beoordelen. Gezien de bijwerkingen en risico's op verslaving bij langerdurend gebruik dient echter voor instellen op een benzodiazepine altijd eerst psychologische therapie toegepast te worden indien dit nog niet eerder gedaan is.

### Farmacotherapie: stap 5

- Instellen op een MAO-remmer. Behandeling met een MAO-remmer dient door een psychiater te gebeuren. Het effect is na 6 weken adequate dosering te beoordelen.

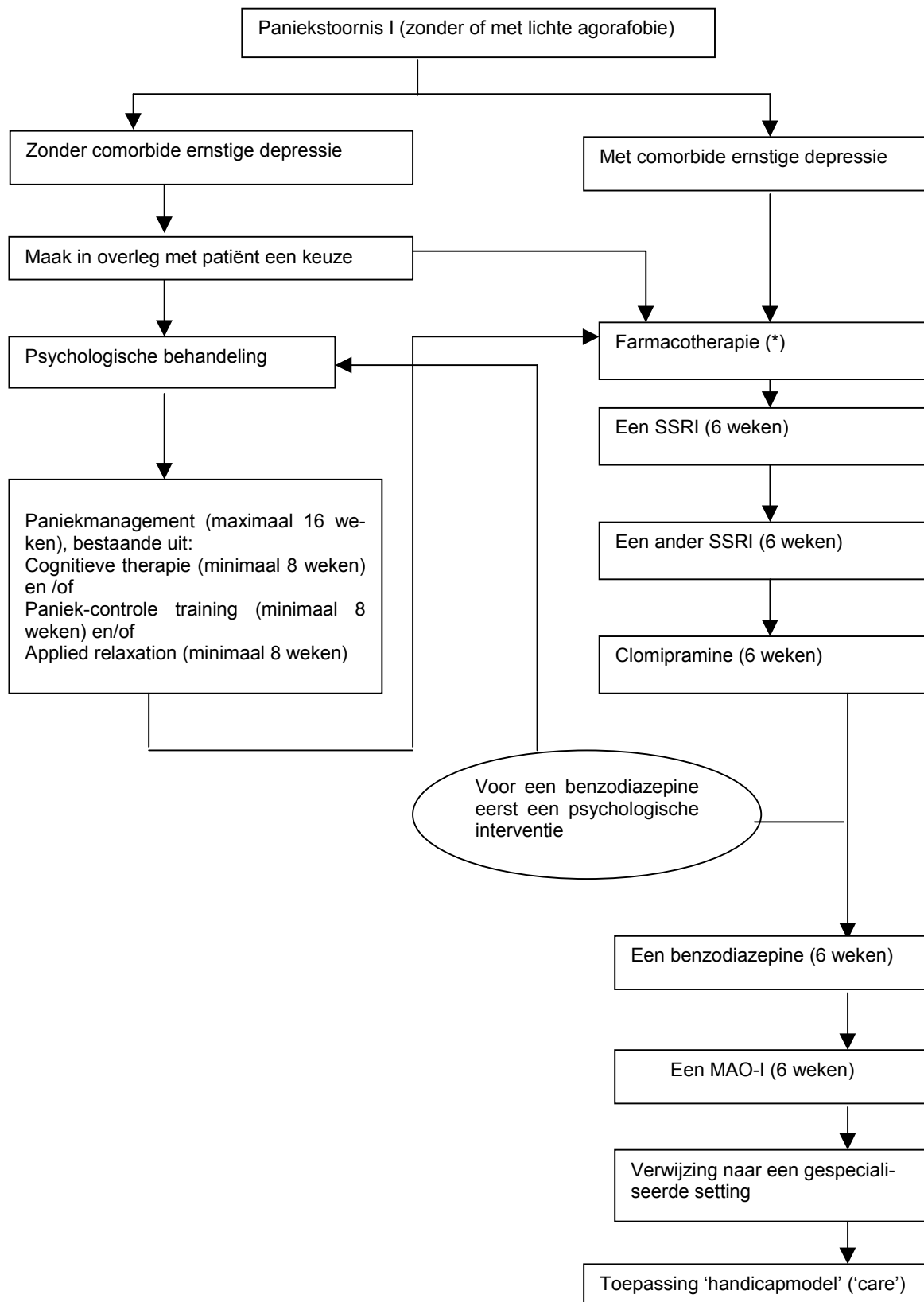
### Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

### Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dat wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care.

## Beslisboom paniekstoornis I



## **Beslisboom behandeling paniekstoornis met ernstige of matig ernstige agorafobie (II)**

### **Algemene opmerkingen**

- Bij de combinatiebehandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- (\*) Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedicatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

### *Combinatietherapie stap 1:*

- De eerste stap is een SSRI in te stellen op een adequate dosis. Na zes weken wordt hieraan exposure toegevoegd, gedurende minimaal 8 weken. De exposure wordt niet direct tegelijk met de medicatie gestart omdat de paniekaanvallen dan nog zo heftig kunnen zijn dat deze de patiënt zullen belemmeren in het uitvoeren van de exposure oefeningen. Indien enig effect maar nog onvoldoende kan overwogen worden de dosering van de SSRI te verhogen.

### *Combinatietherapie stap 2:*

- Bij onvoldoende resultaat of onacceptabele bijwerkingen van de medicatie wordt de patiënt ingesteld op een ander SSRI, eveneens in adequate dosering gedurende zes weken, gecombineerd met minimaal 8 weken exposure.

### *Combinatietherapie stap 3:*

- Bij geen resultaat of intolerabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in clomipramine in adequate duur en dosering gedurende zes weken, gecombineerd met minimaal 8 weken exposure.

### *Combinatietherapie stap 4:*

- Bij geen resultaat wordt psychologische paniekmanagement, bestaande uit cognitieve therapie en/of paniek controle training en/of applied relaxation, gedurende 8 tot 16 weken toegevoegd.

### *Combinatietherapie stap 5:*

- Bij geen resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in een benzodiazepine gecombineerd met exposure. Risico's van chronisch benzodiazepinegebruik zoals bijwerkingen en risico op verslaving dienen overwogen te worden en besproken met de patiënt. Effectiviteit is te beoordelen na 6 weken adequate dosering.

### *Combinatietherapie stap 6:*

- Bij geen resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in een MAO-remmer, eveneens gecombineerd met exposure. Effectiviteit is te beoordelen na 6 weken adequate dosering. Behandeling met een MAO-remmer dient door een psychiater te gebeuren.

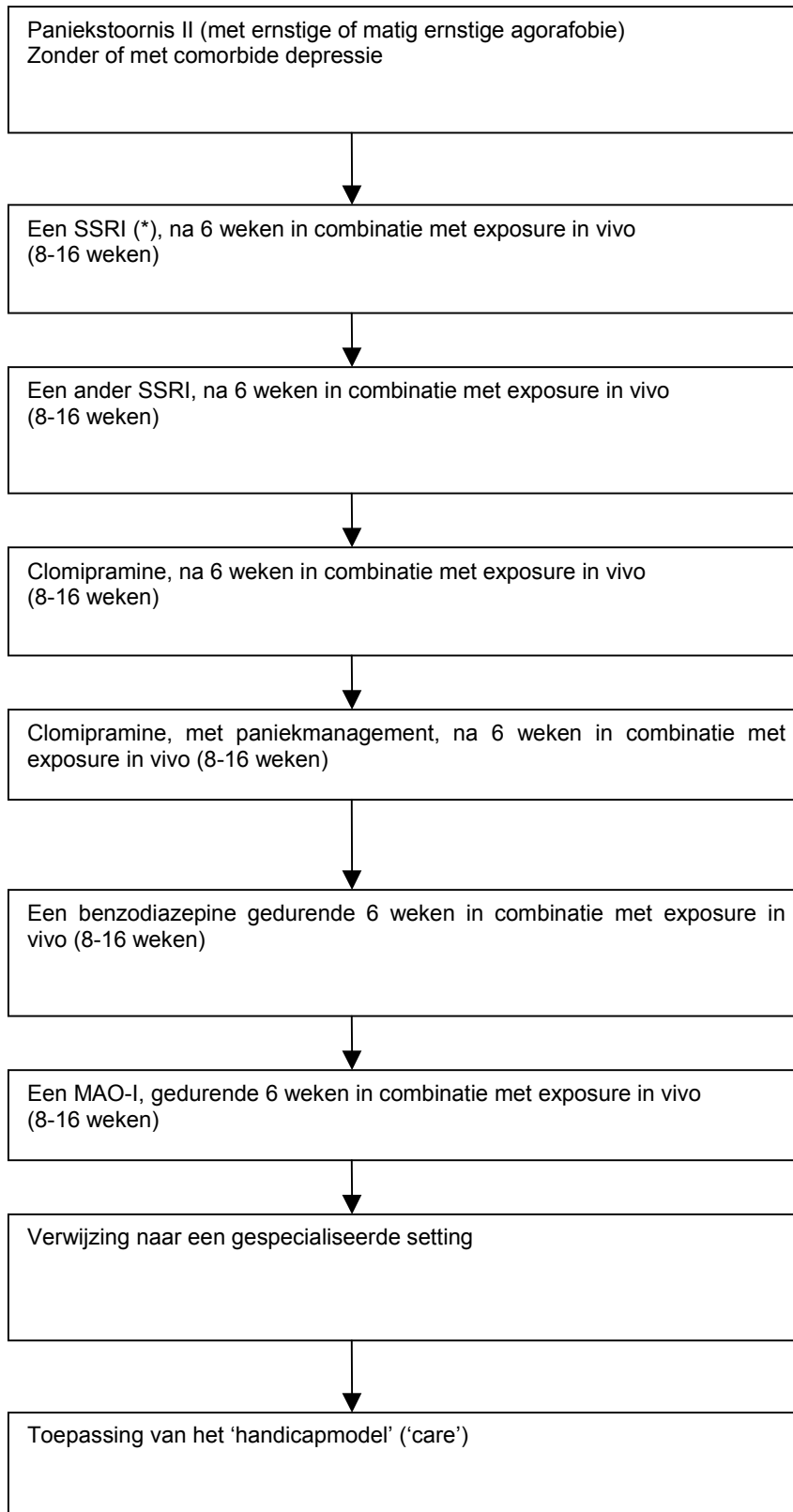
### *Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies*

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

### *Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies*

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

## Beslisboom paniekstoornis II







## Sociale angststoornis (sociale fobie)

### Diagnose

Sociale fobie heeft betrekking op de hardnekkige angst voor één of meer situaties waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan de mogelijk kritische beoordeling door anderen, en waarin hij bang is zich belachelijk te maken. Bij de sociale fobie kan men een onderscheid maken tussen de gegeneraliseerde sociale fobie en de specifieke sociale fobie. Ongeveer 90% van de sociale fobici is bang voor ten minste twee verschillende situaties en 45% voor minimaal drie verschillende situaties. Bij een sociale fobie van het specifieke subtype is er sprake van fobie in slechts één bepaalde situatie. Voorbeelden hiervan zijn: de angst voor het spreken in het openbaar, trillen of zweten in sociale situaties of de angst dat men zich belachelijk maakt door datgene wat men zegt.

---

### DSM IV

- A. Een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijke kritische beoordeling door anderen. De betrokkene is bang dat hij/zij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal tonen) die vernederend of beschamend zijn.
- B. Blootstelling aan de gevreesde sociale situatie lokt bijna zonder uitzondering angst uit, die de vorm kan krijgen van een situatiegebonden of situationeel gepredisponerde paniekaanval.
- C. Betrokkene is zich ervan bewust dat zijn of haar angst overdreven of onredelijk is.
- D. De gevreesde sociale situaties of de situaties waarin men moet optreden worden vermeden dan wel doorstaan met intense angst of lijden.
- E. De vermijding, de angstige verwachting of het lijden in de gevreesde sociale situatie(s) of de situatie(s) waarin men moet optreden belemmeren in belangrijke mate de normale dagelijkse routine, het beroepsmatig functioneren (of studie of school), of bij sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie.
- F. Bij personen onder de achttien jaar is de duur tenminste zes maanden.
- G. De angst of vermijding zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening en is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een paniekstoornis met of zonder agorafobie, separatie-fobie, verstoorde lichaamsbeleving, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of een schizoïde persoonlijkheidsstoornis).
- H. Indien er sprake is van een somatische aandoening of een andere psychische stoornis, houdt de angst van criterium A daar geen verband mee, bijvoorbeeld de angst is niet die om te stotteren, beven bij ziekte van Parkinson, of voor abnormaal eetgedrag bij anorexia of boulimia nervosa.

Bij een sociale fobie van het specifieke subtype is er sprake van een fobie in slechts één bepaalde situatie. Wanneer er sprake is van sociale angst in tenminste twee of meer verschillende situaties wordt gesproken van gegeneraliseerde sociale fobie.

---

## **Keuze farmacotherapie, psychologische interventies of een combinatie**

Bij patiënten met een ongecompliceerde sociale fobie kan gestart worden met cognitieve gedragstherapie. Bij patiënten met sociale angststoornis met een comorbide depressie, wordt een behandeling gestart met antidepressiva. Na de evaluatietermijn wordt bij restklachten het antidepressivum gecombineerd met cognitieve gedragstherapie.

## **Psychologische en psychotherapeutische interventies**

Verskillende interventies zijn effectief gebleken bij de behandeling van sociale fobie.

De volgende stappen kunnen worden overwogen:

Bij het gegeneraliseerde subtype kan doorgaans het beste worden gestart met hetzij exposure in vivo (met name wanneer vermijding centraal staat) of cognitieve herstructurering (met name wanneer disfunctionele cognities centraal staan). Wanneer de gekozen behandeling onvoldoende effect heeft kan de behandeling worden gecombineerd met sociale vaardigheidstraining (met name wanneer gebrekkige sociale vaardigheden centraal staan) of met taakconcentratie training (met name wanneer overbetrokkenheid op het eigen functioneren centraal staat). Wanneer nog steeds onvoldoende resultaat wordt bereikt, kan in de hoofdinterventie worden 'geswitcht' van exposure naar cognitieve herstructurering of andersom.

Bij het specifieke subtype sociale fobie worden dezelfde beslisprocedures toegepast, zij het dat sociale vaardigheidstraining doorgaans geen ondersteunende interventie zal zijn naast exposure in vivo en/of cognitieve herstructurering.

### *Sociale vaardigheidstraining*

Sociale vaardigheidstraining kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale fobie. In eerste instantie zal dit gedaan worden bij patiënten waarbij duidelijk sprake is van vaardigheidstekorten. Echter, ook bij patiënten zonder duidelijke vaardigheidstekorten kan een sociale vaardigheidstraining de sociale fobie reduceren.

### *Exposure in vivo*

Exposure in vivo kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale fobie in het algemeen, zolang er geen redenen zijn om een behandeling te geven die specifiek is gericht op vaardigheidstekorten of disfunctionele cognities. Ook in die gevallen echter kan exposure in vivo de sociale fobie reduceren.

### *Cognitieve herstructurering*

Cognitieve herstructurering kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale fobie wanneer disfunctionele cognities een belangrijk kenmerk zijn van de klachten. Ook in gevallen echter waar dat minder duidelijk het geval is kan cognitieve herstructurering de sociale fobie reduceren.

Sociale vaardigheidstraining, exposure in vivo en cognitieve herstructurering kunnen, waar mogelijk, het beste worden aangeboden in een groepsformat.

### *Taakconcentratie training*

Taakconcentratie training kan als aanvullende interventie worden toegepast naast exposure in vivo, cognitieve herstructurering en/of sociale vaardigheidstraining bij sterk op het eigen functioneren gerichte sociale fobieën als bloosangst, trilangst of zweetangst. Taakconcentratie kan daarbij fungeren als een copingrespons.

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hun worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

## Farmacotherapie

Onvoldoende onderzocht: mirtazapine, nefazodon, venlafaxine, TCA's  
Niet effectief: buspiron, moclobemide

### Algemeen:

De volgorde van voorkeur wordt bepaald door de bijwerkingen/risico's.

Voorlichting over bijwerkingen.

Bij afbouw onderscheid maken tussen:

Onthoudingsverschijnselen → langzamer afbouwen.

Recidive → laagst werkzame dosering langer handhaven.

### Stap 1 SSRI

Onderzocht: fluvoxamine, paroxetine, sertraline.

Eventueel in beginperiode combineren met benzodiazepinen zo nodig tegen bijwerkingen (toename angst en paniek).

Langzaam insluipen in twee weken.

Effect evalueren na 12 weken.

Daarna langdurend doorbehandelen.

Na minimaal een jaar in stappen van drie maanden afbouwen.

### **Bijwerkingen:**

Frequent: misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid of slapeloosheid.

Lichte angsttoename.

Seksuele functiestoornissen (reversibel en dosisafhankelijk).

Gewichtstoename.

### Doseringschema

SSRI	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Fluvoxamine	50 mg	150 mg	300 mg
Paroxetine	10 - 20 mg	20 - 40 mg	50 mg
Sertraline	50 mg	100 mg	200 mg

### Stap 2 Een ander SSRI

### Stap 3 Een benzodiazepine

Onderzocht: clonazepam, alprazolam, bromazepam

Starten met lage dosering, zonodig verhogen tot streefdosering.

Langzaam afbouwen.

### **Bijwerkingen:**

Frequent: duizeligheid, sufheid, vergeetachtigheid en slechter concentreren.

Bij langer gebruik: afhankelijkheid, reactietijdvertraging en cognitieve stoornissen.

Valneiging (bij ouderen).

### Doseringschema

Benzodiazepine	Startdosering	Streefdosering
Alprazolam	1 mg	2-3 mg
Bromazepam	5 - 10 mg	20 mg
Clonazepam	0,5 mg	1-3 mg

### **of MAO-I**

Onderzocht: fenelzine

Langzaam insluipen.  
Alleen voorschrijven door psychiater.  
Effect evalueren na 10 tot 12 weken.  
Langdurig doorbehandelen.

### **Bijwerkingen:**

Frequent: hypotensie, slapeloosheid, droge mond.  
Interactie met tyramine.  
Seksuele functiestoornissen.

Dosering MAO-I:

Fenelzine: startdosering 10 mg, streefdosering 45 - 60 mg per dag

*Stap 4 Een MAO-I of een benzodiazepine*

### **Bij specifieke subtype sociale angststoornis**

*Stap 1 Een bètablokker (incidenteel)*

Onderzocht: propranolol, atenolol

Incidenteel toedienen.  
Niet gebruiken bij mensen die intensief sporten of veel lichamelijke inspanning doen.

### **Bijwerkingen:**

Verlaging van de hartslag en bloeddruk.

Dosering:

Propranolol 10 - 25 mg

Atenolol 10 - 50 mg

Eenmalige toediening, effect snel (binnen een half uur)

*Stap 2 Een benzodiazepine (incidenteel)*

*Stap 3 Een SSRI*



## **Beslisboom sociale fobie (I), specifieke subtype**

### **Algemene opmerkingen**

- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

### *Algemeen: stap 1*

- Is er sprake van frequent voorkomende situaties?
- NEE, indien er geen sprake is van frequent voorkomende situaties bestaat er geen duidelijke voorkeur voor psychologische dan wel farmacologische interventies. In overleg met patiënt, afhankelijk van voorkeur van patiënt, mogelijkheden van behandeling, wachttijden, etc kan een keuze uit een van beide richtingen gemaakt worden.
- JA, indien wel sprake is van frequent voorkomende sociale angstopwekkende situaties is er een voorkeur voor psychologische behandeling.

### *Psychologische behandeling: stap 1*

- Exposure in vivo en cognitieve therapie zijn de psychologische interventies van eerste keuze bij sociale fobie, specifieke subtype. Er is in zijn algemeenheid geen uitgesproken voorkeur voor één van beide. Op logische gronden kan de voorkeur uitgaan naar exposure indien de vermijding centraal staat, en naar cognitieve therapie indien disfunctionele gedachten op de voorgrond staan. Duur behandeling: acht tot twaalf weken.

### *Psychologische behandeling: stap 2*

- Indien onvoldoende resultaat is bereikt, wordt geswitcht of worden beide vormen gecombineerd, tot in totaal 20 weken behandeling.

### *Psychologische behandeling: stap 3*

- Indien onvoldoende resultaat, wordt taakconcentratietraining toegevoegd gedurende vier tot acht weken. Dit is met name geïndiceerd bij specifieke angst voor trillen, blozen of transpireren.

### *Farmacotherapie: stap 1*

- Een bètablokker propranolol of atenolol, alleen incidenteel gebruik op zonedig basis. Zware lichamelijke inspanning is gezien de bijwerkingen van de bètablokkers een contra-indicatie voor gebruik.

### *Farmacotherapie: stap 2*

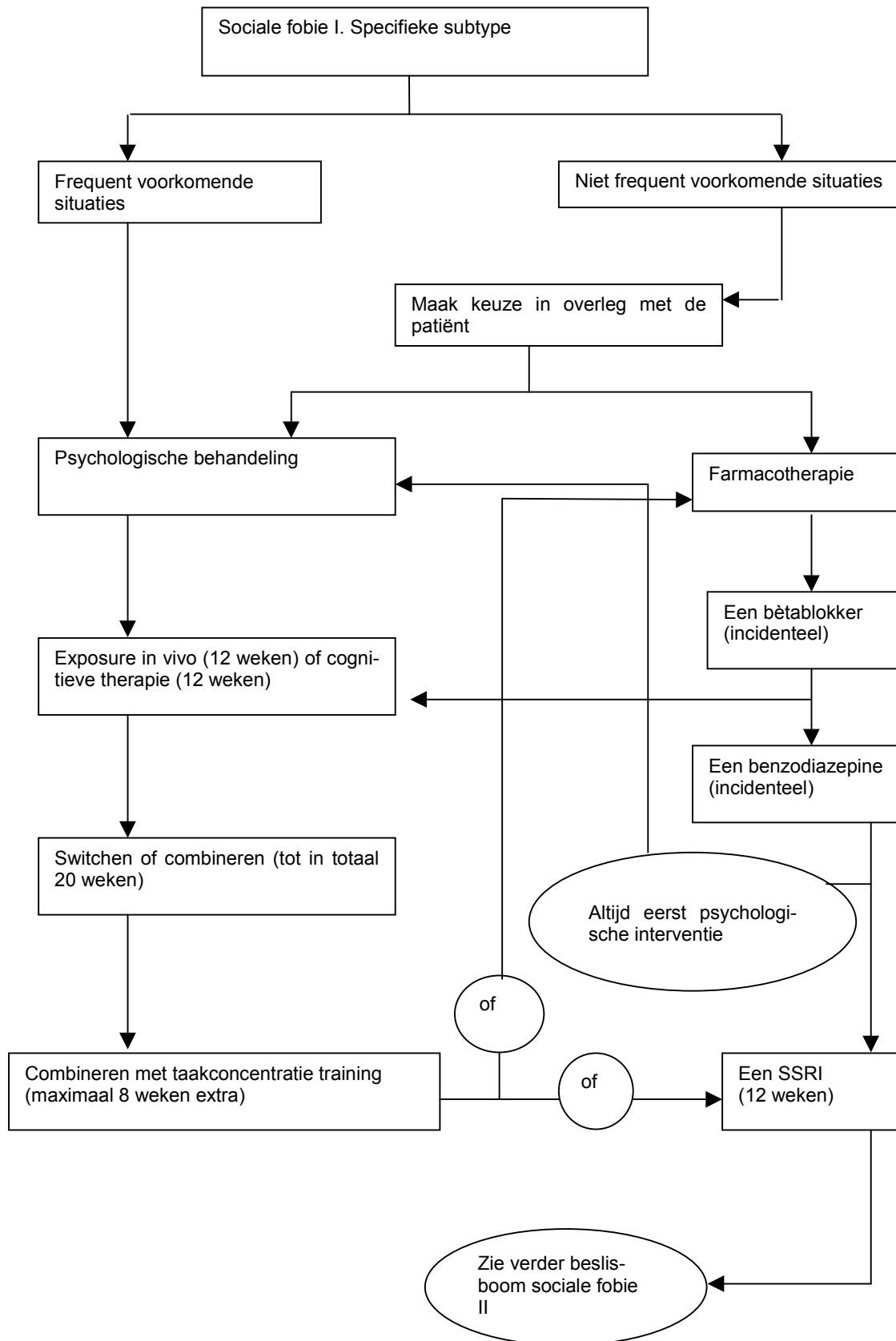
- Bij onvoldoende resultaat wordt de medicatie gewijzigd in een benzodiazepine, incidenteel gebruik op zonedig basis. Mogelijke bijwerkingen en nadelige effecten dienen tevoren met patiënt besproken te zijn.

### *Farmacotherapie: stap 3*

- Instellen op een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor één van de SSRI's. Het middel dient in adequate dosering ingesteld te worden. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden. Voor behandeling met een SSRI bij een sociale fobie van een specifiek subtype dient altijd eerst een psychologische behandeling te worden toegepast.

Zie verder Beslisboom Sociale Fobie II

## Beslisboom sociale fobie I



## **Beslisboom sociale fobie II gegeneraliseerd subtype**

### **Algemene opmerkingen**

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er geen voorkeur voor farmacotherapeutische of psychologische interventies. In dat geval wordt een keuze gemaakt in overleg met de patiënt.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

### *Algemeen: stap 1*

- In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden, kosten etc. Er bestaat geen duidelijke voorkeur voor psychologische interventies dan wel farmacotherapie.

### *Psychologische behandeling: stap 1*

- Exposure in vivo en cognitieve therapie zijn eerste keuze waarbij er in het algemeen geen duidelijke voorkeur is voor een van beide. Op logische gronden kan de voorkeur uitgaan naar exposure in vivo wanneer de vermijding op de voorgrond staat, en naar cognitieve therapie indien disfunctionele gedachten centraal staan. De gekozen methode dient acht tot twaalf weken te worden voortgezet.
- Wanneer overbetrokkenheid op het eigen gedrag, zoals bij blozen, trillen of transpireren, een bovenmatig grote rol speelt, kan taakconcentratietraining worden toegevoegd, gedurende maximaal acht weken.
- Wanneer gebrekkige sociale vaardigheden een bovenmatig grote rol spelen kan sociale vaardigheidstraining worden toegevoegd, gedurende maximaal acht weken.

### *Psychologische behandeling: stap 2*

- Wanneer de gekozen hoofdinterventie (exposure in vivo of cognitieve therapie) onvoldoende resultaat geeft, kan voor de andere interventie worden gekozen, of voor een stap in het farmacotherapieprotocol.

### *Farmacotherapie: stap 1*

- Eerste keuze is een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor één van de SSRI's. De medicatie dient ingesteld te worden op adequate dosering. Het behandelresultaat kan na twaalf weken beoordeeld worden. Bij beperkt maar nog onvoldoende resultaat kan overwogen worden de dosering na twaalf weken verder te verhogen.

### *Farmacotherapie: stap 2*

- Bij geen verbetering of onacceptabele bijwerkingen wordt de patiënt ingesteld op een andere SSRI, in adequate dosering en duur (twaalf weken).

### *Farmacotherapie: stap 3*

- Bij geen behandelresultaat of intolerabele bijwerkingen wordt de medicatie gewijzigd in een benzodiazepine of een MAO-remmer. Bijwerkingen en risico op verslaving van chronisch benzodiazepinegebruik dienen tevoren overwogen en met patiënt besproken te zijn. Behandeling met een MAO-remmer dient door een psychiater plaats te vinden. Het behandelresultaat is na twaalf weken te beoordelen. In verband met mogelijke bijwerkingen en de ernst daarvan dient voor gebruik van een MAO-remmer of benzodiazepine altijd eerst cognitieve gedragstherapie geprobeerd te zijn.

### *Farmacotherapie: stap 4*

- Bij geen resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de medicatie geswitcht van een MAO-remmer naar een benzodiazepine of andersom (zie stap 3).

### *Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies*

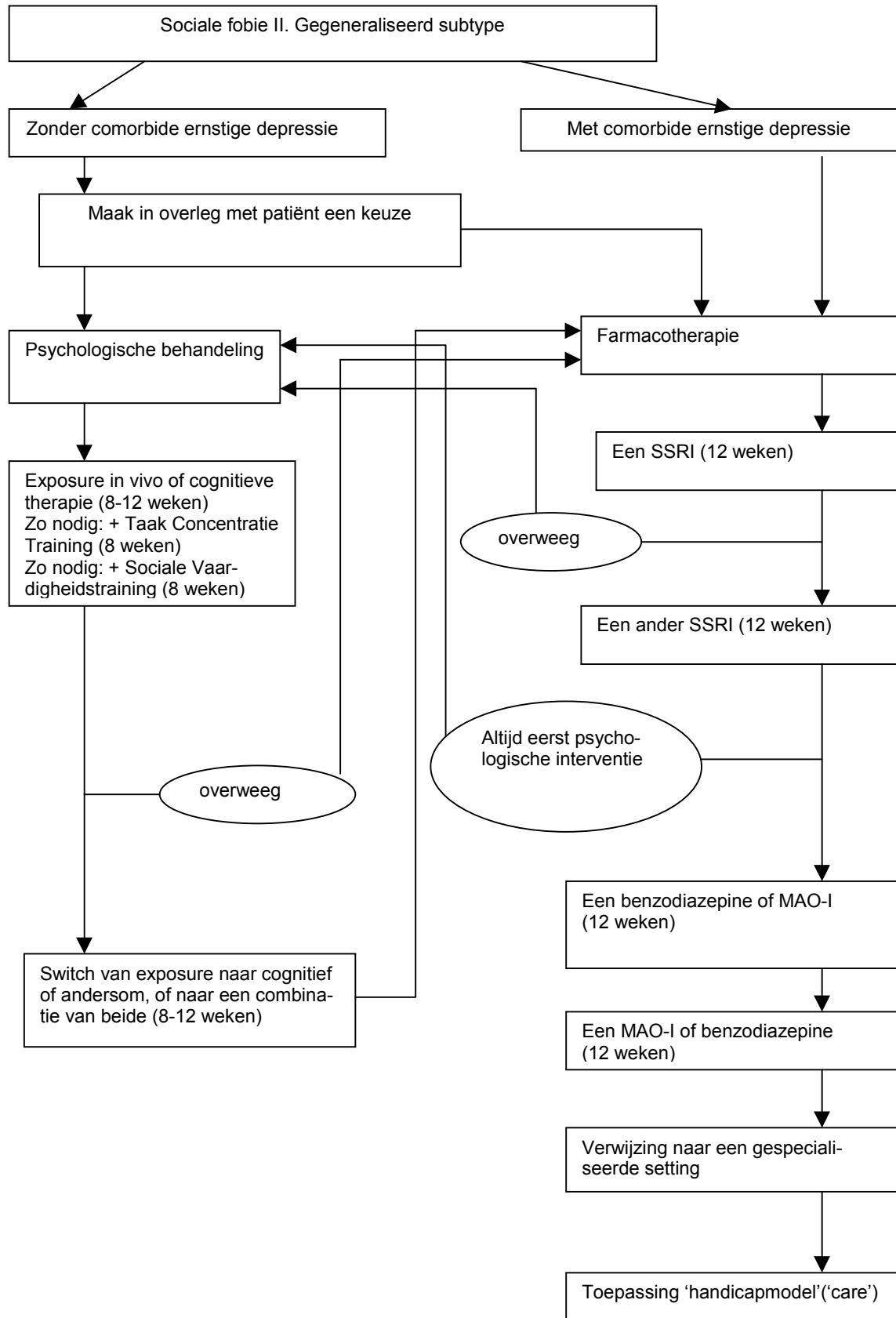
- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

### *Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies*

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dat wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.



**Beslisboom sociale fobie II, gegeneraliseerd subtype**





# Obsessieve-compulsieve stoornis

## Diagnose

Bij de obsessieve-compulsieve stoornis staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Dwanggedachten (obsessies) zijn steeds terugkerende, aanhoudende gedachten of beelden die spanning oproepen. Deze gedachten of beelden worden als onvrijwillig beleefd, maar wel als een product van de eigen persoon. De dwanghandelingen (compulsies) zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen, die volgens bepaalde regels op een stereotiepe wijze worden verricht. Het doel van de compulsies is het neutraliseren van spanning of het voorkomen van bedreigende gebeurtenissen/situaties. Bij de obsessieve-compulsieve stoornis heeft de patiënt last van zijn klachten, kosten deze de patiënt meer dan één uur per dag of verstoren ze in ernstige mate het dagelijkse functioneren.

---

## DSM-IV

A. Ofwel dwanggedachten ofwel dwanghandelingen:

*Dwanggedachten zoals gedefinieerd door (1), (2), (3), en (4):*

- (1) Recidiverende en aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen, die gedurende bepaalde momenten van de stoornis als opgedrongen en misplaatst beleefd worden, en die duidelijke angst of lijden veroorzaken.
- (2) De gedachten, impulsen of voorstellingen zijn niet eenvoudig een overdreven bezorgdheid over problemen uit het dagelijkse leven.
- (3) Betrokkene probeert deze gedachten, impulsen of voorstellingen te negeren of te onderdrukken, of deze te neutraliseren met een andere gedachte of handeling.
- (4) Betrokkene is zich ervan bewust dat de dwangmatige gedachten, impulsen of voorstellingen het product zijn van zijn of haar eigen geest (niet van buitenaf opgelegd zoals bij gedachteninbrenging).

*Dwanghandelingen zoals gedefinieerd door (1) en (2):*

- (1) Zich herhalend gedrag (bijvoorbeeld handen wassen, opruimen, controleren) of psychische activiteit (bijvoorbeeld bidden, tellen, in stilte woorden herhalen) waartoe betrokkene zich gedwongen voelt in reactie op een dwanggedachte, of zich aan regels houden die rigide moeten worden toegepast.
- (2) De gedragingen of psychische activiteiten zijn gericht op het voorkómen of verminderen van het lijden, of op het voorkómen van een bepaalde gevreesde gebeurtenis of situatie; deze gedragingen of psychische activiteiten tonen echter geen realistische samenhang met de gebeurtenis die geneutraliseerd of voorkomen moet worden of zijn duidelijk overdreven.

- B. Op een bepaald moment in het beloop van de stoornis is betrokkene zich ervan bewust dat de dwanggedachten en dwanghandelingen overdreven of onterecht zijn.
- C. De dwanggedachten of dwanghandelingen veroorzaken duidelijk lijden, zij kosten veel tijd (nemen meer dan één uur per dag in beslag) of verstoren in belangrijke mate de normale routine van betrokkene, het beroepsmatig functioneren (of de studie) of de gebruikelijke sociale activiteiten of relaties met anderen.
- D. Indien een andere As-I stoornis aanwezig is, is de inhoud van de dwanggedachte of de dwanghandeling daartoe niet beperkt (bijvoorbeeld preoccupatie met voedsel bij een eetstoornis; haar uittrekken bij trichotillomanie; bezorgdheid over het uiterlijk bij een verstoorde lichaamsbeleving; preoccupatie met middelen als een stoornis in het gebruik van middelen aanwezig is; preoccupatie met het hebben van een ernstige ziekte bij hypochondrie; preoccupatie met seksuele behoeften of fantasieën bij een parafilie; of piekeren over schuld (bij een depressieve episode).
- E. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.
-

## Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie

Aangezien het drop-outpercentage gedurende en terugvalpercentage na het staken van een behandeling met antidepressiva groter is dan met cognitieve gedragstherapie, lijkt het zinvol om eerst te starten met een behandeling met cognitieve gedragstherapie, met name wanneer de voorkeur van de patiënt uitgaat naar een niet-medicamenteuze behandeling. Dit geldt niet voor patiënten met een comorbide depressieve stoornis. Deze kunnen waarschijnlijk beter eerst ingesteld worden op een antidepressivum.

Bij patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis bestaande uit dwanghandelingen, die tevens licht of matig depressief zijn en weinig of geen overige comorbiditeit hebben, wordt een behandeling gestart met cognitieve gedragstherapie. Bij depressieve patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis heeft het zin om te starten met een serotonerg antidepressivum. Bij onvoldoende effect kan hieraan een behandeling met exposure in vivo met responspreventie of cognitieve therapie worden toegevoegd.

Wanneer men bij patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis, die met een antidepressivum behandeld worden, denkt aan het staken van de medicatie, wordt exposure in vivo met responspreventie toegevoegd om recidieven te voorkómen.

## Psychologische interventies

*De volgende algemene aanbevelingen kunnen worden geformuleerd ten aanzien van de psychologische interventies bij de behandeling van de obsessieve-compulsieve stoornis.*

- Inventariseer de obsessies en compulsies.
- Geef de rationale voor het in stand blijven van de klacht in casu de angstreductie ten gevolge van de uitgevoerde compulsies.
- Start een programma van (bij voorkeur geleidelijke) blootstelling en daaraan gekoppelde volledige responspreventie in een frequentie van een of twee maal per week.
- Laat de patiënt tussen de afspraken door thuis zelf oefenen.
- Verhoog de motivatie en verlaag de drempel door toevoeging van cognitieve therapie.
- Behandel in ieder geval 10 tot 15 sessies.
- Ga bij onvoldoende effect door tot maximaal 25 sessies tenzij er redenen zijn om dat niet te doen.
- Sluit af met een terugvalpreventieprogramma.
- Overweeg andere of aanvullende interventies wanneer na 25 sessies onvoldoende resultaat is geboekt.

### *Exposure in vivo met responspreventie*

Exposure in vivo in combinatie met responspreventie dient standaard psychotherapeutische behandeling te zijn bij obsessieve-compulsieve stoornis.

Neem voor de sessies waarin exposure en responspreventie wordt toegepast voldoende tijd zodat de angst van patiënt tot een aanvaardbaar niveau is gereduceerd. Zorg ervoor dat patiënt daarbij geheel afziet van zijn dwangrituelen.

Pas indien mogelijk graduele exposure in vivo toe en doe dat bij voorkeur in groepsverband om vervolgens huiswerkopdrachten mee te geven betreffende exposure en responspreventie door de individuele patiënten zelf thuis uit te voeren.

Maak bij cognitieve dwang onderscheid tussen angstverwekkende en angstreducerende gedachten. Stel bloot aan de eerste en voorkom de tweede. Ook nadat aanvankelijke resultaten beperkt blijven, dient de behandeling met exposure en responspreventie te worden voortgezet. Speciale aandacht dient te worden besteed aan het motiveren van patiënten voor de behandeling en een behandeling dient te worden afgesloten met een terugvalpreventieprogramma.

### Cognitieve therapie

Gezien het feit dat de resultaten van cognitieve therapie veelbelovend zijn verdient het aanbeveling cognitief therapeutische elementen toe te voegen aan de standaardbehandeling van obsessieve-compulsieve stoornis. Interventies gericht op het doen afnemen van de overschatting van risico's en gevaren kunnen de patiënt over de drempel helpen bij de behandeling met exposure en responspreventie en aldus motiverend werken.

Bij de groep patiënten met uitsluitend obsessies en/of mentale rituelen betekent de cognitieve therapie een welkome aanvulling op het standaard pakket. De effecten ervan zijn echter nog onvoldoende onderzocht

Cognitieve therapie bij obsessieve-compulsieve stoornis kan worden gegeven in betrekkelijk kortdurende behandelingen van tien tot vijftien zittingen, waarbij overwogen kan worden om de behandeling in een groepsformat te geven.

Het gebrek aan gegevens over de lange termijn effecten van cognitieve therapie is vooralsnog geen reden om de interventie niet toe te passen bij obsessieve-compulsieve stoornis. Het is wel een extra reden om grote zorgvuldigheid te betrachten bij afspraken met betrekking tot het voorkómen van terugval en met betrekking tot maatregelen indien terugval zich heeft voorgedaan.

### Farmacotherapie

Onvoldoende onderzocht: TCA's – niet clomipramine, Venlafaxine, Mirtazapine, Nefazodon  
Niet effectief: Desipramine, Bupiron, Lithium

### Algemeen:

De volgorde van voorkeur wordt bepaald door de bijwerkingen/risico's.

Voorlichting over bijwerkingen.

Bij afbouw onderscheid maken tussen:

Onthoudingsverschijnselen → langzamer afbouwen.

Recidive → laagst werkzame dosering langer handhaven.

### Stap 1 een SSRI

De SSRI's worden gedurende 5 weken laag gedoseerd. Bij non-respons en goede tolerantie wordt de dosering daarna stapsgewijs verhoogd tot de maximale dosering. Effect evalueren 12 weken na starten met de medicatie. De laagst werkzame dagdosering bereiken door de dosering stapsgewijs per drie maanden te verlagen. Mogelijk zeer langdurig doorbehandelen.

### Bijwerkingen:

Frequent: misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid of slapeloosheid.  
Seksuele functiestoornissen (reversibel en dosisafhankelijk).  
Gewichtstoename.  
(Geen angsttoename bij obsessieve-compulsieve stoornis)

### Doseringsschema

SSRI	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Citalopram	20 mg	20-60 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	20-60 mg	60-80 mg
Fluvoxamine	50 mg		300 mg
Paroxetine	20 mg	20-60 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	50-200 mg	200 mg

### Stap 2 een andere SSRI

### Stap 3 SSRI met atypisch antipsychoticum (gedragstherapie overwegen)

Een aanzienlijk deel van de non-responders op een SSRI en/of op clomipramine zal alsnog reageren wanneer een antipsychoticum wordt toegevoegd. Het verdient aanbeveling om eerst te kiezen voor een atypisch antipsychoticum en dit laag te doseren.

*Stap 4 Clomipramine (gedragstherapie overwegen)*

Insluipen in twee weken.

Effect evalueren na vijf weken.

Langdurig doorbehandelen, dan in stappen van drie maanden afbouwen.

**Bijwerkingen:**

Frequent: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urineretentie en reactietijdvertraging.

Seksuele functiestoornissen (dosisafhankelijk en reversibel).

Gewichtstoename.

Doseringsschema

	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Clomipramine	25 mg	150 mg	250 mg

*Stap 5 Clomipramine met atypisch antipsychoticum*

**Niet-farmacologische biologische behandel mogelijkheden**

*Psychochirurgie*

Ondanks de negatieve lading van neurochirurgische (psychochirurgische) interventies bij psychiatrische aandoeningen in het verleden, zoals frontale lobotomie, zijn moderne stereotactische neurochirurgische procedures reële behandelopties bij obsessieve-compulsieve stoornis. Met name cingulotomie en capsulotomie blijken bij een deel van de patiënten met ernstige therapieresistente obsessieve-compulsieve stoornis vermindering van symptomen te geven. De complicaties van de ingreep, zoals postoperatieve infecties, neurologische uitval, postoperatieve epilepsie en persoonlijkheidsveranderingen, blijken bij een zorgvuldige uitvoering van de procedure zeldzaam. Bij follow-up blijkt ongeveer eenderde deel van deze ernstige patiënten door de ingreep duidelijk te verbeteren. In Nederland is deze behandeling gereserveerd voor zeer ernstige en therapieresistente patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis. De beoordeling of een patiënt voor deze behandeling in aanmerking komt vindt plaats door de Werkgroep Psychochirurgie en de ingreep wordt in een gespecialiseerd centrum uitgevoerd.

*ECT (elektroconvulsie therapie)*

Positief effect bij obsessieve-compulsieve stoornis is onvoldoende aangetoond.



## **Beslisboom obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)**

### **Algemene opmerkingen**

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er enige voorkeur om psychologisch te behandelen. Vanuit die voorkeur wordt er een keuze gemaakt op basis van overleg met de patiënt.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen. Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in obsessieve-compulsieve stoornis gespecialiseerde behandelsetting. In het algemeen zal behandeling van obsessieve-compulsieve stoornis in de tweede lijn plaatsvinden.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

### *Algemeen: stap 1*

- Indien geen sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen psychologische behandeling en farmacologische behandeling, afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden kosten, etc., waarbij er echter enige voorkeur bestaat voor een psychologische behandeling.

### *Psychologische behandeling: stap 1*

- Exposure met responspreventie gedurende tien tot twintig weken.

### *Psychologische behandeling: stap 2*

- Indien de exposure met responspreventie niet tot voldoende vermindering van de dwangklachten leidt, dient deze interventie gecombineerd te worden met cognitieve therapie, tot een totale duur van de psychologische behandeling van maximaal 30 weken.

### *Combinatietherapie: stap 1a*

- Indien na maximaal 30 weken psychologische behandeling onvoldoende resultaat is geboekt moet worden overgestapt naar een combinatiebehandeling, in eerste instantie in combinatie met een SSRI, gedurende 12 weken (zie farmacotherapie stap 1).

### *Combinatietherapie: stap 2a*

- Indien hiermee onvoldoende resultaat wordt geboekt, wordt gecombineerd met een ander SSRI gedurende 12 weken (zie farmacotherapie stap 2).

### *Farmacotherapie: stap 1*

- Een SSRI gedurende twaalf weken. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. De keuze wordt bepaald op basis van bijwerkingenprofiel, eerdere ervaringen, etc. Bij enig maar onvoldoende resultaat na 12 weken dient de dosering geleidelijk aan verder verhoogd te worden.

### *Farmacotherapie stap 2:*

- Bij geen verbetering of niet te tolereren bijwerkingen wordt een andere SSRI, in adequate dosering voorgeschreven gedurende twaalf weken. Of er wordt een overstap gemaakt naar psychologische behandeling.

### *Combinatietherapie: stap 1b*

- Bij opnieuw een onvoldoende resultaat wordt de SSRI gecombineerd met de psychologische behandeling (zie hierboven).

### *Combinatietherapie: stap 2*

- Bij onvoldoende resultaat worden SSRI en psychologische interventie gecombineerd met een atypisch antipsychoticum. Alhoewel ook haloperidol effectief is gaat de voorkeur uit naar een atypisch antipsychoticum vanwege het risico op extrapyramidale bijwerkingen.

### *Combinatietherapie: stap 3*

- Bij onvoldoende resultaat wordt de psychologische interventie gecombineerd met clomipramine in adequate duur en dosering.

### *Combinatietherapie stap 4*

- Bij onvoldoende resultaat worden clomipramine en de psychologische interventie gecombineerd met een atypisch antipsychoticum (zie combinatietherapie stap 2).

### *Combinatietherapie stap 5*

- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

### *Overweeg: psychochirurgie*

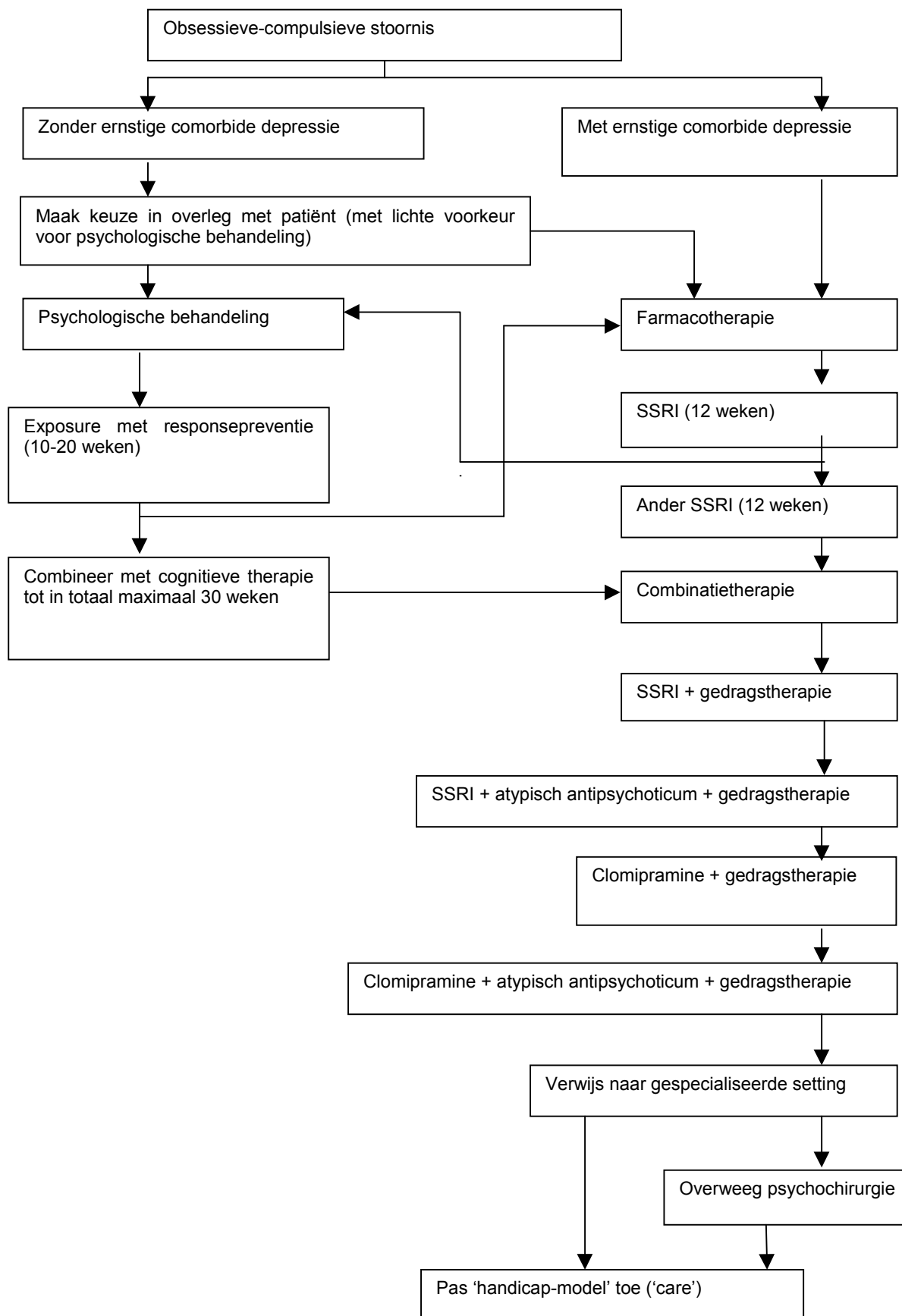
- Bij onvoldoende resultaat: overweeg psychochirurgische interventie. Voor indicatiestelling dient de patiënt aangemeld te worden bij de Commissie Psychochirurgie. Om hiervoor in aanmerking te komen dient de patiënt de verschillende stappen volgens de beslisboom adequaat doorlopen te hebben.

### *Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies.*

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.



## Beslisboom obsessieve-compulsieve stoornis





## Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

### Diagnose

Patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis zijn altijd nerveus en gespannen en tobben over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Dagen met klachten zijn in de meerderheid en de patiënt heeft moeite de toberijen onder controle te houden. Verder heeft de patiënt last van klachten, zoals concentratieproblemen, spierspanningklachten, slaapstoornissen, snelle vermoeibaarheid etc.

---

### DSM-IV

- A. Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens), gedurende zes maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties).
  - B. Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.
  - C. De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes verschijnselen (waarvan tenminste enkele verschijnselen in de laatste zes maanden vaker wel dan niet aanwezig).
    - (1) rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
    - (2) snel vermoeid zijn
    - (3) zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
    - (4) prikkelbaarheid
    - (5) spierspanning
    - (6) slaapstoornis (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze niet verkwikkende slaap)
  - D. Het onderwerp van de angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een andere As I stoornis, bijvoorbeeld de angst of bezorgdheid gaat niet over het hebben van een paniekaanval (zoals bij een 'paniekstoornis'), het in gezelschap voor schut staan (zoals bij een sociale fobie), het besmet worden (zoals bij de 'obsessieve-compulsieve stoornis'), het van huis of naaste familie weg zijn (zoals bij de separatie-angststoornis), het in gewicht toenemen (zoals bij anorexia nervosa), het hebben van veel verschillende lichamelijke klachten (zoals bij somatisatiestoornis) of een ernstige ziekte hebben (zoals bij de hypochondrie) en de angst en bezorgdheid komen niet uitsluitend voor tijdens een posttraumatische stressstoornis.
  - E. De angst, bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
  - F. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie), en komt niet uitsluitend voor tijdens een stemmingsstoornis, psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.
-

## Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie

Er is geen voorkeur voor farmacotherapeutische en psychologische interventies. De keuze kan in overleg met de patiënt worden gemaakt. Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.

### Psychologische interventies

Cognitieve therapie is, voor de korte termijn, één van de psychologische interventies van voorkeur bij de behandeling van GAS.

Bij de cognitieve behandeling van GAS moet, vanwege kosteneffectiviteit, in eerste instantie een groepsbehandeling worden overwogen.

Gezien de betere lange termijn effecten van cognitieve therapie ten opzichte van exposure en gezien de minder breed onderbouwde effectiviteit van applied relaxation ten opzichte van cognitieve therapie moet cognitieve therapie als een eerste keuze psychologische behandeling worden beschouwd voor GAS.

Na, of in combinatie met cognitieve therapie is exposure de meest aangewezen psychologische interventie bij GAS. Bij de exposurebehandeling moet, vanwege kosteneffectiviteit, in eerste instantie een groepsbehandeling worden overwogen. Gezien de wat mindere lange termijn effecten van exposure ten opzichte van cognitieve therapie verdient cognitieve therapie bij GAS de voorkeur boven exposure. Applied relaxation kan worden toegepast bij GAS wanneer cognitieve therapie niet beschikbaar is of wanneer die behandeling om één of andere reden is gecontraïndiceerd. Applied relaxation kan in een kortdurend tijdbestek en in een individueel format bij GAS zinvol worden toegepast. Gezien de beter onderbouwde lange termijn effecten van cognitieve therapie ten opzichte van applied relaxation moet cognitieve therapie de voorkeur verdienen boven applied relaxation. Hoewel de wetenschappelijke evidentie voor één specifieke anxiety management interventie betrekkelijk beperkt is, dienen diverse variaties van en elementen uit anxiety management te worden overwogen wanneer cognitieve therapie, exposure of applied relaxation afzonderlijk onvoldoende baat geven. Waar zelfstandige interventies bij GAS niet of onvoldoende werkzaam blijken en/of wanneer een meer 'tailor-made' benadering is geïndiceerd, kan anxiety management een welkome aanvullende of alternatieve behandeling zijn. Gezien de beter bekende lange termijn effecten van cognitieve therapie en applied relaxation verdienen deze methodes de voorkeur boven anxiety management als monobehandeling van eerste keuze.

### Farmacotherapie

Onvoldoende onderzocht: citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, sertraline;  
TCA's anders dan imipramine

#### Algemeen:

De volgorde van voorkeur wordt bepaald door de bijwerkingen/risico's.

Voorlichting over bijwerkingen.

Bij afbouw onderscheid maken tussen:

Onthoudingsverschijnselen → langzamer afbouwen.

Recidive → laagst werkzame dosering langer handhaven.

#### Stap 1 SSRI\*

Onderzocht: paroxetine

Gedurende zes weken laag doseren (20 mg per dag).

Evaluatie na zes weken.

Minimaal een half jaar tot een jaar doorbehandelen.

#### Bijwerkingen:

Frequent: misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid of slapeloosheid.

Seksuele functiestoornissen (reversibel en dosisafhankelijk).

Gewichtstoename.

\*In sommige situaties kan gemotiveerd worden afgeweken van de voorkeur voor paroxetine en kan de behandeling gestart worden met imipramine, venlafaxine en bupiron gevolgd door paroxetine

#### Doseringsschema

	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Paroxetine	20 mg	20-40 mg	50 mg

Of

#### Venlafaxine

Gedurende vier weken laag doseren.  
Evaluatie na 6 weken.  
Minimaal een half jaar tot een jaar doorbehandelen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: misselijkheid, duizeligheid, transpireren, slaapstoornissen of slaperigheid, diarree.  
Soms: bloeddrukstijging.

#### Doseringsschema

	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Venlafaxine	75 mg	75 – 150 mg	225 mg

Of

#### Buspiron

Gedurende zes weken laag doseren.  
Evaluatie na vier weken.  
Minimaal een jaar doorbehandelen.

#### **Bijwerkingen:**

Duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, hoofdpijn, misselijkheid, diarree.

#### Doseringsschema

	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Buspiron	30 mg	30-50 mg	60 mg

*Stap 2 paroxetine, venlafaxine of buspiron*

*Stap 3 paroxetine, venlafaxine of buspiron*

#### *Stap 4 TCA*

Onderzocht: imipramine

Langzaam insluipen in twee weken.  
Evaluatie na vier weken.  
Langdurig doorbehandelen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urineretentie en reactietijdvertraging.  
Seksuele functiestoornissen (dosisafhankelijk en reversibel).  
Gewichtstoename.

#### Doseringsschema

	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Imipramine	25 mg	100-150 mg	300 mg

#### *Stap 5 Een benzodiazepine*

Onderzocht: Alprazolam, diazepam, oxazepam, lorazepam

Langzaam insluipen.  
Effect snel.  
Een half jaar tot een jaar doorbehandelen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: duizeligheid, sufheid, vergeetachtigheid en slechter concentreren.  
Bij langer gebruik: afhankelijkheid, reactietijdvertraging en cognitieve stoornissen.  
Valneiging (bij ouderen).

#### Doseringsschema

<b>Benzodiazepinen</b>	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>
Alprazolam	1,5 mg	4 - 6 mg
Diazepam	5 mg	40 mg
Lorazepam	1 mg	2 - 4 mg

## Beslisboom gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

### Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er geen voorkeur voor farmacotherapeutische of psychologische interventies. De keuze wordt dan gemaakt op basis van overleg tussen therapeut en patiënt.
- Bij een gedeeltelijk effect op farmacotherapie is verhogen van de dosering een optie.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in GAS gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- (\*) Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (imipramine) en een selectieve serotonineheropnameremmer (paroxetine) lijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor paroxetine als eerste keuze preparaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor paroxetine en kan de behandeling gestart worden met imipramine, venlafaxine en buspiron gevolgd door paroxetine.

### Algemeen: stap 1

- Wanneer geen sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt een keuze gemaakt tussen psychologische behandeling en farmacologische behandeling, afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandelomstandigheden, wachttijden, etc. Er bestaat geen duidelijke voorkeur voor psychologische interventies dan wel farmacotherapie.

### Psychologische behandeling: stap 1

- Op grond van de gemaakte keuze of wanneer farmacotherapie (zie hieronder) geen succes heeft gehad, wordt gestart met tien tot vijftien weken cognitieve therapie.

### Psychologische behandeling: stap 2

- Bij onvoldoende resultaat kan de cognitieve therapie worden gecombineerd met anxiety management en/of applied relaxation en/of exposure, allen gedurende maximaal tien tot vijftien weken.

### Combinatiebehandeling: stap 1

- Indien na in totaal maximaal 25 weken psychologische behandeling wel enig maar desalniettemin onvoldoende resultaat heeft gehad, moet deze behandeling worden gecombineerd met farmacotherapie (zie: farmacotherapie: stap 1, 2 of 3). Wanneer farmacotherapie (zie hieronder) wel enig maar desalniettemin onvoldoende resultaat heeft gehad, moet deze behandeling worden gecombineerd met psychologische behandeling (zie hierboven). Het resultaat wordt na acht weken beoordeeld.

### Farmacotherapie: stap 1

- Op grond van de gemaakte keuze of wanneer de patiënt helemaal niet heeft gereageerd op de psychologische behandeling (zie hierboven) wordt de patiënt ingesteld op een van de volgende middelen: venlafaxine, paroxetine of buspiron, in adequate dosering en beoordeling na zes weken. Er is geen duidelijke voorkeur voor één van deze middelen.

### Farmacotherapie: stap 2

- Bij onvoldoende resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de patiënt in een adequate dosering ingesteld op één van de twee niet gekozen middelen uit stap 1. Na zes weken kan het resultaat beoordeeld worden. In plaats van een ander medicijn kan ook de overstap naar psychologische interventies worden overwogen.

### Farmacotherapie: stap 3

- Bij onvoldoende resultaat of onacceptabele bijwerkingen wordt de patiënt in een adequate dosering ingesteld op het nog niet gekozen middel uit stap 1. Het resultaat wordt na zes weken beoordeeld. In plaats van een ander medicijn kan ook de overstap naar psychologische interventies worden overwogen.

### Combinatiebehandeling: stap 2

- Combineren van het middel waarop patiënt ingesteld is, samen met de psychologische behandeling. De medicatie wordt gecontinueerd. Na acht weken combinatiebehandeling wordt het resultaat geëvalueerd.

### Combinatietherapie: stap 3

- De psychologische behandeling wordt gecontinueerd en de medicatie wordt gewijzigd in imipramine in adequate dosering. Het resultaat kan na zes weken beoordeeld worden.

### Combinatietherapie: stap 4

- De cognitieve therapie wordt gecontinueerd en de medicatie wordt gewijzigd in een benzodiazepine. Mogelijke bijwerkingen van langdurig benzodiazepinegebruik en het risico op verslaving dienen tevoren overwogen te zijn en met de patiënt besproken.

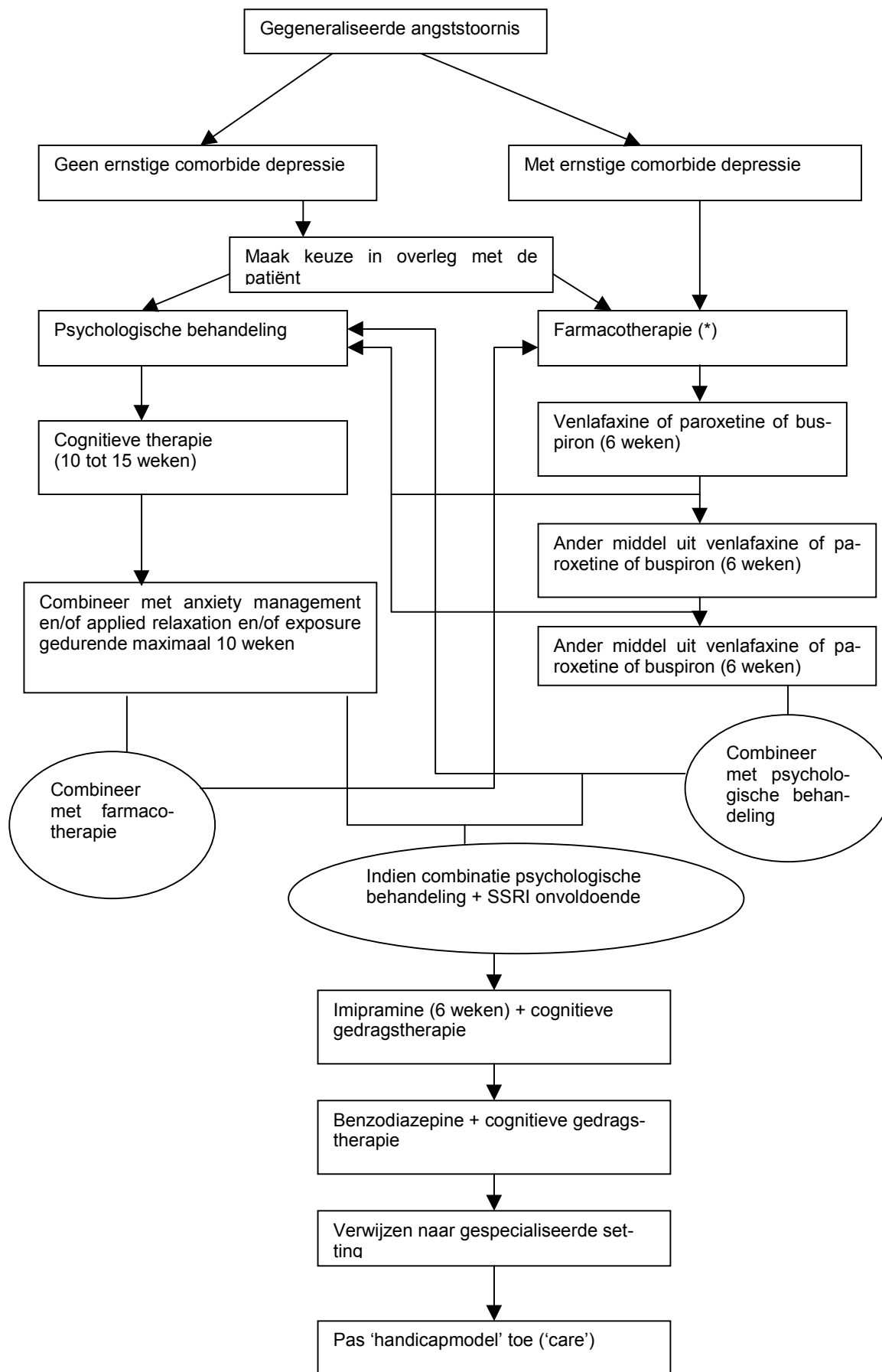
### Combinatietherapie: stap 5

- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

### Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

## Beslisboom gegeneraliseerde angststoornis







# Posttraumatische stressstoornis

## Diagnose

Bij een posttraumatische stressstoornis wordt gesproken over de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis, waarin betrokkene met de dood of ernstig letsel is bedreigd of de lichamelijke integriteit is bedreigd, het betreft situaties als bankovervallen met geweld, de confrontatie met iemand die ernstig gewond is of gedood, verkrachtingen, overstromingen etc. Bij PTSS moet er sprake zijn van herbelevingen, bijvoorbeeld in de vorm van terugkerende beangstigende dromen of herinneringen met betrekking tot het trauma. Hiernaast komt eveneens vermijding van stimuli voor, die in verband staan met het trauma of een verdoving van de algemene responsiviteit. Tenslotte zijn er langdurige symptomen van toegenomen spanning of opwinding, die niet aanwezig waren voor het trauma (zoals prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen, overdreven schrikreacties, zich moeilijk kunnen concentreren).

---

## DSM-IV

- A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:
- (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen
  - (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op een (of meer) van de volgende manieren:
- (1) Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen.
  - (2) Recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis.
  - (3) Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).
  - (4) Intens psychisch lijden bij blootstellen aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
  - (5) Fysiologische reacties bij blootstellen aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma horen of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:
- (1) Pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden.
  - (2) Pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden.
  - (3) Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren.
  - (4) Duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.
  - (5) Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
  - (6) Beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).
  - (7) Gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachting).
- D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:
- (1) Moeite met inslapen of doorslapen.
  - (2) Prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen.
  - (3) Moeite met concentreren.
  - (4) Overmatige waakzaamheid.
  - (5) Overdreven schrikreacties.
- E. Duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) langer dan één maand
- F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

*Specificiteer* indien:

**Acuut:** indien duur van de symptomen korter dan drie maanden is

**Chronisch:** indien duur van de symptomen drie maanden of langer is

**Met verlaat begin:** indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt

---

## Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie

Aangezien het dropoutpercentage gedurende een behandeling met antidepressiva groter is dan met cognitieve gedragstherapie, lijkt het zinvol om eerst te starten met een behandeling met cognitieve gedragstherapie, met name wanneer de voorkeur van de patiënt uitgaat naar een niet-medicamenteuze behandeling. Dit geldt niet voor patiënten met een comorbide depressieve stoornis. Deze kunnen waarschijnlijk beter eerst ingesteld worden op een antidepressivum.

### Psychologische interventies

#### *Cognitieve gedragstherapie*

Cognitieve gedragstherapie is één van de meest in aanmerking komende psychologische interventies bij PTSS. Hierbij moet worden bedacht dat van de verschillende varianten binnen Cognitieve gedragstherapie *Imaginaire Exposure* het meeste ondersteuning vindt, terwijl dat in mindere mate geldt voor *Stress Inoculatie Therapie* en *Cognitieve therapie*. Veelal kan gebruik worden gemaakt van combinaties van elementen uit de drie varianten.

Wie cognitieve gedragstherapie toepast kan verschillende 'ingrediënten' uit het cognitieve gedragstherapiepakket met elkaar combineren, al moet worden bedacht dat de meeste en hardste evidentie bestaat voor de effectiviteit van de Imaginaire Exposure component. Daarom wordt er toch de voorkeur aan gegeven om bij een keuze voor CGT primair met Imaginaire Exposure te behandelen.

#### *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)*

EMDR is één van de meest in aanmerking komende psychologische interventies bij PTSS.

De methode is effectief en wordt door zijn aard door veel patiënten en therapeuten als relatief weinig emotioneel belastend ervaren. EMDR kan worden toegepast als een op zichzelf staande kortdurende interventie bij PTSS.

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om patiënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hun worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval.

### Farmacotherapie

Onvoldoende onderzocht: Carbamazepine Natriumvalproaat  
Niet onderzocht: Tranylcypromine  
Niet effectief: Desipramine

#### Algemeen

De volgorde van voorkeur wordt bepaald door de bijwerkingen/risico's.

Voorlichting over bijwerkingen.

Bij afbouw onderscheid maken tussen:

Onthoudingsverschijnselen → langzamer afbouwen.

Recidive → laagst werkzame dosering langer handhaven.

#### *Stap 1 een SSRI\**

Onderzocht: fluvoxamine, paroxetine, sertraline, citalopram, fluoxetine

Langzaam insluipen in twee weken.

Effect evalueren na 8 weken.

Daarna langdurend doorbehandelen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid of slapeloosheid  
Seksuele functiestoornissen (reversibel en dosisafhankelijk)  
Gewichtstoename.

Na minimaal een jaar in stappen van drie maanden afbouwen.

\* In sommige situaties kan gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

#### Doseringsschema

SSRI	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Citalopram	10 mg	20 - 30 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	20 mg	60 mg
Fluvoxamine	50 mg	100 - 150 mg	300 mg
Paroxetine	10 - 20 mg	20 - 40 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	100 mg	200 mg

#### Stap 2 Een ander SSRI

#### Stap 3 Een TCA

Onderzocht: amitriptyline en imipramine

Langzaam insluipen in twee weken.  
Effect evalueren na 8 tot 12 weken.  
Daarna langdurend doorbehandelen.  
Na minimaal een jaar in stappen van drie maanden afbouwen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: sufheid, droge mond, transpireren, hartkloppingen, obstipatie, urineretentie en reactietijdvertraging.  
Seksuele functiestoornissen (dosisafhankelijk en reversibel).  
Gewichtstoename.

#### Doseringsschema

TCA	Startdosering	Streefdosering	Maximale dosering
Amitriptyline	50 mg	100 – 150 mg	300 mg
Imipramine	50 mg	100 – 150 mg	300 mg

#### Stap 4 Een anticonvulsivum (stemmingsstabilisator)

Onderzocht: lamotrigine

Langzaam insluipen

Dosering: tot 500 mg per dag

#### **Bijwerkingen:**

Duizeligheid, misselijkheid, coördinatiestoornissen, huidrash

#### Stap 5 Een MAOI

Onderzocht: fenelzine

Langzaam insluipen.  
Alleen voorschrijven door psychiater.  
Meestal tijdens klinische opname.  
Effect evalueren na vier weken.  
Langdurig doorbehandelen.

#### **Bijwerkingen:**

Frequent: hypotensie, slapeloosheid, droge mond.  
Interactie met tyramine.  
Seksuele functiestoornissen.

Dosering: 15 – 75 mg per dag.

## Beslisboom posttraumatische stressstoornis

### Algemene opmerkingen

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.
- Bij een milde of matige comorbide depressie bestaat er enige voorkeur voor psychologische interventies. Vanuit deze voorkeur wordt een keuze gemaakt in overleg met de patiënt.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Bij iedere medicatie wijzigingsstap geldt: heroverweeg psychologische behandelingsmogelijkheden.
- Hetzelfde geldt voor iedere psychologische behandelingsstap: heroverweeg farmacotherapeutische mogelijkheden.
- Er zijn geen onderzoeksresultaten van combinatie psychologische en medicatiebehandeling bekend. Het advies is dan om de klinische indruk te laten prevaleren en bijv. medicatie te continueren wanneer dit enige verbetering gegeven heeft en men zal starten met psychologische interventies.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- De duur van de behandeling van PTSS is mede afhankelijk van de duur van de stoornis en het type trauma (type I of II).
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij dreigend stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in PTSS gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.
- (\*) Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comediatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

### Algemeen: stap 1

- Indien geen sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen psychologische behandeling en farmacologische behandeling, afhankelijk van de voorkeur van patiënt, behandel mogelijkheden, wachttijden, kosten etc., waarbij er echter een lichte voorkeur bestaat voor een psychologische behandeling.

### Psychologische behandeling: stap 1

- In overleg met patiënt wordt er een keuze gemaakt tussen EMDR en Imaginaire Exposure zo nodig in combinatie met Cognitieve Therapie.

### Psychologische behandeling: stap 2

- Bij een keuze voor EMDR; behandel 8 weken.
- Bij een keuze voor Imaginaire Exposure: behandel minimaal 8 weken. Stap bij onvoldoende resultaat geheel of gedeeltelijk over op cognitieve interventies.

### Psychologische behandeling: stap 3

- Indien onvoldoende resultaat na 8 weken EMDR of maximaal 16 weken Imaginaire Exposure, eventueel in combinatie met Cognitieve Therapie: switch van EMDR naar Imaginaire Exposure of andersom.

### Farmacotherapie: stap 1

- Een SSRI. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. Het middel dient in adequate dosering ingesteld te worden. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden

### Farmacotherapie: stap 2

- Een andere SSRI, in adequate dosering en duur (twaalf weken).

### Farmacotherapie: stap 3

- Een TCA in adequate dosering. Voor instellen op een TCA dient gezien de mogelijke bijwerkingen altijd ook psychologische behandeling gegeven te zijn als dat nog niet eerder gedaan is.

### Geen reactie op farmacotherapie en psychologische interventies

- Er is sprake van duidelijke therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting zinvol is. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit.
- Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.
- Ook kan worden overwogen:

### Farmacotherapie: stap 4

- Een MAOI

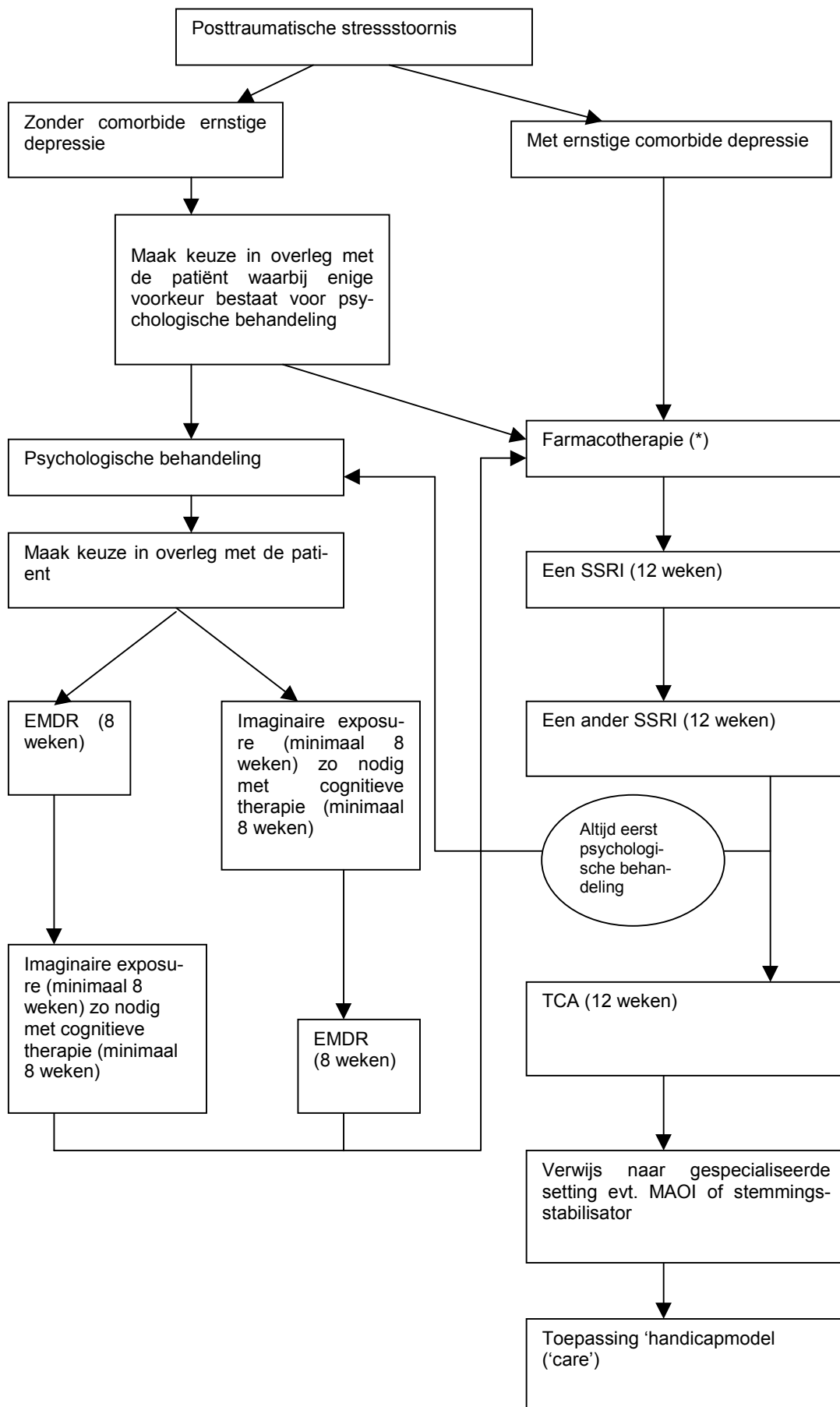
### Farmacotherapie: stap 5

- Een stemmingsstabilisator

### Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekorten zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

## Beslisboom posttraumatische stressstoornis





## Specifieke fobie

### Diagnose

Bij een enkelvoudige fobie is er sprake van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of voor een bepaalde situatie. Deze objecten en situaties hebben veelal betrekking op angst voor dieren, afgesloten ruimten, hoogten, onweer en bloed en/of medische handelingen. Blootstelling aan de angstverwekkende prikkel resulteert meestal in een verhoogde lichamelijke arousal. Bij de bloedfobie daarentegen treedt na een kortdurende verhoging van de arousal een duidelijke verlaging van hartslag en bloeddruk op en kan de persoon in kwestie flauw vallen. Veelal kunnen de angstverwekkende situaties worden vermeden.

---

### DSM-IV

- A. Duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onterecht is, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie (bijvoorbeeld vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, bloed zien).
  - B. Blootstelling aan de fobische prikkel veroorzaakt bijna zonder uitzondering een onmiddellijke angstreactie, die de vorm kan krijgen van een situatiegebonden of situationeel gepredisponeerde paniekaanval.
  - C. Betrokkene is zich ervan bewust dat de angst overdreven of onterecht is.
  - D. De fobische situaties(s) wordt vermeden of anders doorstaan met intense angst of lijden.
  - E. De vermijding, de angstige verwachting of het lijden in de gevreesde situatie belemmeren in significante mate de normale routine, het beroepsmatig functioneren (of de studie of school), of sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie.
  - F. Bij personen onder de achttien jaar is de duur ten minste zes maanden.
  - G. De angst, de paniekaanvallen of fobische vermijding die samengaat met een specifiek voorwerp of situatie kan niet volledig verklaard worden door een andere psychische stoornis zoals obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld vrees voor vuil bij iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld vermijden van prikkels die samengaan met de stressfactor), separatieangststoornis (bijvoorbeeld vermijden van school), sociale fobie (bijvoorbeeld vermijden van gezelschap in verband met de angst in verlegenheid gebracht te worden), paniekstoornis met agorafobie, of agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis.
-

## **Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie**

Medicatie wordt over het algemeen niet gezien als standaard behandeling voor de specifieke fobie. Dat komt omdat veel patiënten weinig last ervaren van de fobie bij hun dagelijkse bezigheden. Gedragstherapie, in de vorm van exposure in vivo, is uitgebreid onderzocht op effectiviteit en lijkt een eerste keuze behandeling.

## **Psychologische interventies bij specifieke fobie**

### *Algemene conclusies met betrekking tot de keuze van psychologische interventies bij specifieke fobieën*

De volgende algemene aanbevelingen kunnen geformuleerd met betrekking tot de psychologische behandeling van specifieke fobieën:

- Onderzoek welke cognities en gedragspatronen de fobie in stand houden.
- Geef een rationale voor de wijze waarop de fobie heeft kunnen voortbestaan en voor de wijze waarop die factoren door de behandeling zullen worden beïnvloed.
- Geef aansluitend geruststellende informatie over het feitelijke gevaar dat de fobische prikkel vertegenwoordigt.
- Leer, zo nodig en zo mogelijk, de patiënt praktische vaardigheden aan om met de fobische situatie om te gaan of om zich in die situatie zo adequaat mogelijk op te stellen.
- Begeleid de patiënt actief (of laat dit doen door een goed geïnstrueerde, niet fobische vertrouwenspersoon van de patiënt) in de fobische situatie gedurende minimaal één langere (2 tot 3 uur) of meerdere kortere (4 tot 8 maal één uur) daadwerkelijke confrontaties met de fobische prikkel.
- Laat de patiënt tussen de afspraken door (zowel begeleid als ook alleen) geregeld oefenen in confrontaties met de fobische prikkel.
- Adviseer om ook na afloop van de behandeling geregeld actief de fobische situatie te blijven opzoeken.
- Overweeg andere of aanvullende interventies wanneer na acht uur therapie onvoldoende resultaat is geboekt.

### *Exposure in vivo*

Exposure in vivo is de psychologische behandeling van voorkeur bij specifieke fobieën in het algemeen. Waar dat passend is moet voorafgaand aan exposure geruststellende informatie worden gegeven met betrekking tot de fobische situatie. Coping moet worden overwogen als hulpinterventie, in de vorm van 'applied tension' bij bloed-, letsel- en injectiefobie, en in de vorm van passende omgangsvormen bij diverse dierfobieën.

Pas exposure in vivo toe, waar dat mogelijk is en start, waar dat niet het geval is, met een variant van imaginaire exposure. Kies voor een individuele behandeling of behandeling in een kleine groep met patiënten die dezelfde enkelvoudige fobie hebben. Combineer exposure met coping en 'modelling'. Geef, waar mogelijk, de voorkeur aan een korte intensieve behandeling (één-sessie behandeling). Pas anders een format toe van vier tot acht sessies in de frequentie van éénmaal per week een uur. Laat de patiënten gedurende de behandeling, maar ook nog daarna, thuis exposuretaken uitvoeren.

### *Cognitieve therapie*

Hoewel de aangetoonde effectiviteit van cognitieve therapie bij specifieke fobie pas de laatste jaren enige omvang begint te krijgen, nopen met name moderne inzichten in de aard van cognitieve therapie ertoe om cognitieve therapie niet bij voorbaat uit te sluiten als potentieel belangrijke interventie bij specifieke fobie. Vooralsnog echter zal, gezien de bestaande evidentie, de psychologische behandeling van specifieke fobie altijd in eerste instantie moeten bestaan uit exposure in vivo. Daarnaast kan men dan het gebruik van cognitieve elementen overwegen om de kans op succesvolle exposure te verhogen.

Cognitieve elementen moeten vooralsnog slechts worden toegevoegd aan de behandeling van specifieke fobie met exposure in vivo wanneer de patiënt exposure nog niet aandurft of wanneer exposure alleen te weinig effect blijkt te hebben.



Wijs de patiënt op het risico van terugval na de behandeling en stimuleer hem om geregeld exposure in vivo te blijven toepassen en opnieuw optredende irrealistische cognities steeds te blijven corrigeren.

## Farmacotherapie

Wanneer een patiënt met een specifieke fobie geen baat heeft bij een gedragstherapeutische behandeling en dagelijks lijdt onder de angsten, kunnen antidepressiva worden overwogen. Op basis van onderzoek en ervaring bij andere angststoornissen komen de SSRI's en de TCA's imipramine en clomipramine in aanmerking in een streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis.

### Doseringschema

<b>SSRI</b>	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Citalopram	10 mg	20 - 30 mg	60 mg
Fluoxetine	20 mg	20 mg	60 mg
Fluvoxamine	50 mg	100 - 150 mg	300 mg
Paroxetine	10-20 mg	20 - 40 mg	60 mg
Sertraline	50 mg	100 mg	200 mg

### Doseringschema

<b>TCA</b>	<b>Startdosering</b>	<b>Streefdosering</b>	<b>Maximale dosering</b>
Clomipramine	25 mg	100 - 150 mg	250 mg
Imipramine	25 mg	100 - 150 mg	300 mg

Na vier weken kan het effect worden geëvalueerd. Wanneer antidepressiva effectief zijn, worden die een jaar gecontinueerd, en dan stapsgewijs afgebouwd, na voldoende uitleg over het optreden van eventuele onthoudingsverschijnselen.

Benzodiazepinen moeten gereserveerd worden voor patiënten die zeer onregelmatig met de fobische stimulus worden geconfronteerd, die niet gemotiveerd zijn voor gedragstherapie en de betreffende situatie niet kunnen ontwijken. In deze gevallen kan gedurende de periode van blootstelling aan de angstwekkende situatie een benzodiazepine worden voorgeschreven in een lage dosering. Men moet de patiënt deze medicatie tenminste eenmaal voor proef laten gebruiken, zodat deze de eventuele bijwerkingen kent. Daarnaast past een advies om gelijktijdig geen alcohol te gebruiken, zoals bijvoorbeeld gedurende de vlucht bij een vliegphobie.

## Beslisboom specifieke fobie

### Algemene opmerkingen

- Bij een psychologische behandeling wordt in principe uitgegaan van wekelijkse zittingen. Bij specifieke fobie is het echter mogelijk om een aantal zittingen samen te voegen tot een langer durende zitting van twee of drie uur.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in angststoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

#### Algemeen: stap 1

- Bepaal of sprake is van een bloed- letsel- of injectiefobie, dan wel van een dier- natuur of overig type specifieke fobie.

#### Algemeen: stap 2

- Indien sprake is van een dier- natuur of overig type specifieke fobie, bepaal of de fobische situatie frequent voorkomt of niet.

#### Farmacotherapie: stap 1

- Indien het gaat om niet frequent voorkomende situaties, behandel met incidenteel een benzodiazepine.

#### Psychologische behandeling: stap 1a

- Behandel een frequent voorkomende specifieke fobie van het type dier- natuur of overige met geruststellende informatie en exposure in vivo gedurende maximaal 8 weken.

#### Psychologische behandeling: stap 1 b

- Behandel bloed-, letsel-, of injectiefobie met geruststellende informatie en exposure in vivo in combinatie met applied relaxation gedurende maximaal 8 weken.

#### Psychologische behandeling: stap 2

- Combineer, indien 1a of 1b onvoldoende resultaat opleveren, met cognitieve interventies en/of coping en/of modellering gedurende 2 tot 4 weken extra.

#### Combinatietherapie: stap 1

- Combineer bij onvoldoende resultaat de psychologische behandeling met een SSRI gedurende 8 weken.

#### Combinatietherapie: stap 2

- Combineer bij onvoldoende resultaat de psychologische behandeling met een TCA gedurende 8 weken.

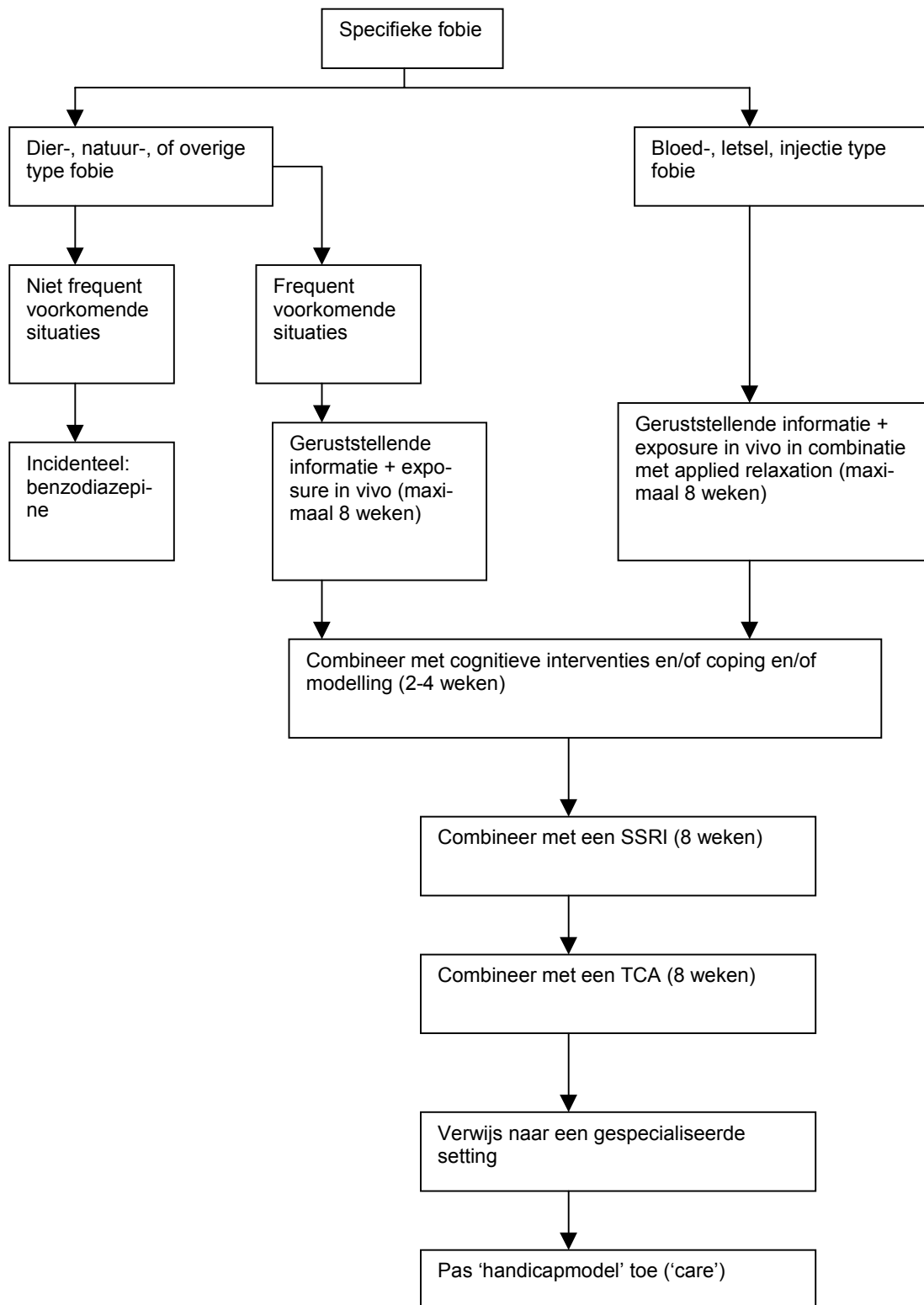
#### Combinatietherapie: stap 3

- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

#### Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.

## Beslisboom specifieke fobie





# Hypochondrie

## Diagnose

Mensen die lijden aan hypochondrie interpreteren op zich onschuldige lichamelijke gewaarwordingen als mogelijke tekenen van een ernstige ziekte. Er wordt van hypochondrie gesproken bij een preoccupatie met de vrees of met de overtuiging een ernstige ziekte te hebben wanneer deze preoccupatie blijft bestaan ondanks adequate medische beoordeling en geruststelling. Verder veroorzaakt de preoccupatie aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijkse functioneren.

---

## DSM-IV

- A. Preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een verkeerde interpretatie van lichamelijke verschijnselen.
  - B. De preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.
  - C. De overtuiging in criterium A heeft niet de intensiteit van een waan (zoals bij een waanstoornis, somatisch type) en is niet beperkt tot een omschreven bezorgdheid over het uiterlijk (zoals bij de stoornis in de lichaamsbeleving)
  - D. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
  - E. De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
  - F. De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, depressie episode, separatie-angststoornis of een andere somatoforme stoornis.
-

## **Keuze tussen psychologische interventies en farmacotherapie**

Bij voorkeur wordt een psychologische behandeling gegeven. Wanneer er sprake is van een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen.

### **Psychologische interventies**

*Algemene conclusies met betrekking tot de keuze van psychologische interventies bij hypochondrie:*

Verscheidene auteurs benadrukken een eerste en belangrijke fase in de behandeling van hypochondrie, namelijk het afsluiten van een duidelijk behandelcontract. Een onduidelijk behandelcontract kan juist bij hypochondere en somatiserende patiënten gedurende de hele behandeling problemen geven, aangezien de verwachtingen van de patiënt aldoor anders blijven dan het doel van de behandeling. Binnen een concreet behandelcontract is duidelijk wat wel en ook wat geen doel van de behandeling is. Bij de behandeling van hypochondrie is het doel van de behandeling een vermindering van de overbezorgdheid, angst en preoccupatie. Het doel is niet te werken aan een vermindering van de lichamelijke sensaties en klachten. Veel hypochondere patiënten hebben de verleiding om de effectiviteit van de behandeling af te meten aan de hoeveelheid lichamelijke klachten die ze nog ervaren. Het behandelcontract is dus een eerste therapeutische ingreep om de aandacht te verschuiven van de lichamelijke klachten naar de angst en preoccupatie. Het is verstandig om een vast aantal zittingen af te spreken over een bepaalde periode om te onderzoeken of deze benadering zinvol is voor deze patiënt.

Voor de keuze van de interventies kan men zich laten leiden door het beeld van de hypochondere klachten. Blijkt het actieve en passieve vermijdingsgedrag in de vorm van controleren, geruststelling zoeken en vermijden van situaties en activiteiten op de voorgrond te staan, dan kan men starten met exposure in vivo en responspreventie en later cognitieve therapie toevoegen. Wordt de angst daarentegen overheersend gevoed door de catastrofale misinterpretaties dan lijkt een start met cognitieve therapie gewenst. Blijken zowel exposure in vivo met responspreventie en cognitieve therapie onvoldoende resultaat op te leveren dan kunnen andere interventies uit behavioural stress management toegevoegd worden.

Interventies als problem solving, of uitsluitend relaxatie zijn minder effectief bij de behandeling van hypochondrie.

Bij de behandeling van hypochondrie zou men de volgende stappen in acht kunnen nemen

1. Is er adequaat medisch onderzoek verricht, dat de diagnose hypochondrie rechtvaardigt.
2. Het afsluiten van een duidelijk behandelingscontract. Indien de patiënt zich hierin niet kan vinden, is het niet zinvol om met een psychologische behandeling te starten.
3. Afhankelijk van het beeld van de klachten starten met exposure in vivo met responspreventie of cognitieve herstructurering.

Indien de cognitieve en gedragsmatige interventies onvoldoende effect sorteren nog behavioural management procedures toevoegen.

#### *Cognitieve therapie*

Cognitieve therapie behoort tot de interventies van eerste keuze bij de behandeling van hypochondrie.

Cognitieve therapie bij hypochondrie kan zowel worden gegeven in een individueel format van 10-20 sessies, als in een groepsformat van een vergelijkbare omvang.

#### *Exposure in vivo*

Exposure in vivo met responspreventie behoort tot de interventies van eerste keuze bij de behandeling van hypochondrie.

Exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie wordt vooralsnog bij voorkeur gegeven in een individueel format van 10-20 sessies. Het kan de moeite waard zijn om het behandelprotocol in een groepsformat uit te voeren

#### *Behavioural stressmanagement*

Vooralsnog lijkt behavioural stress management vooral geschikt te zijn als aanvullende interventie bij cognitieve therapie en exposure in vivo met responspreventie.

Hoewel behavioural stress management uitsluitend is onderzocht in een individueel format kan worden overwogen om de methode ook in een groepsformat toe te passen.

Maak vooraf afspraken met de patiënt over de handelwijze bij dreigende terugval en maak met patiënt en huisarts afspraken over de mogelijkheid om snel en kort te worden gezien bij dreigende terugval.

### **Farmacotherapie**

Wanneer men een patiënt met een hypochondrie medicamenteus wil behandelen kunnen antidepressiva worden overwogen. Op basis van onderzoek en ervaring bij andere angststoornissen komen SSRI's en de TCA's imipramine en clomipramine in aanmerking in de streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis. De patiënt moet goed worden voorgelicht over de werking en bijwerkingen. Wanneer het antidepressivum effectief is, wordt een jaar gecontinueerd, en dan stapsgewijs afgebouwd, na voldoende uitleg over het optreden van eventuele onthoudingsverschijnselen.

## **Beslisboom hypochondrie**

### **Algemene opmerkingen**

- Bij een ernstige comorbide depressie is er een voorkeur om primair met medicatie te behandelen. Wanneer de depressie voldoende is opgeklaard, wordt overgegaan op een combinatiebehandeling.
- Bij een milde of matige comorbide depressie wordt bij voorkeur een psychologische behandeling gegeven.
- Bij een psychologische behandeling wordt uitgegaan van wekelijkse zittingen.
- Wat betreft de uitvoering van de behandeling: deze kan in principe conform de wet BIG gedaan worden door een ieder die daartoe bekwaam is en zich daartoe in staat acht.
- Bij twijfel over de diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient te worden overwogen om de patiënt te verwijzen naar een in hypochondrie gespecialiseerde behandelsetting.
- Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die los van de stappen in de beslisboom kunnen worden toegepast.

### *Psychologische behandeling: stap 1*

- De eerste keuzebehandeling bij hypochondrie is psychologische behandeling. Deze bestaat uit exposure met responspreventie en/of cognitieve therapie, gedurende tien tot twintig weken.

### *Psychologische behandeling: stap 2*

- Wanneer met één van beide methodes onvoldoende resultaat wordt geboekt, kunnen deze met elkaar worden gecombineerd. Op dat moment of later kan ook worden gecombineerd met behavioural stress management. Wanneer na in totaal maximaal 25 weken psychologische behandeling onvoldoende resultaat is geboekt moet een combinatiebehandeling worden ingezet.

### *Combinatiebehandeling: stap 1*

- Indien onvoldoende resultaat met psychologische behandeling wordt bereikt of wanneer er een ernstige comorbide depressie is, wordt gecombineerd met farmacotherapie. In eerste instantie wordt behandeld met een SSRI gedurende minimaal 12 weken. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de SSRI's. Het middel dient in adequate dosering ingesteld te worden.

### *Combinatiebehandeling: stap 2*

- Een ander SSRI. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden.

### *Combinatiebehandeling: stap 3*

- Een TCA in adequate dosering. Het resultaat kan na twaalf weken behandeling beoordeeld worden.

### *Combinatietherapie: stap 4*

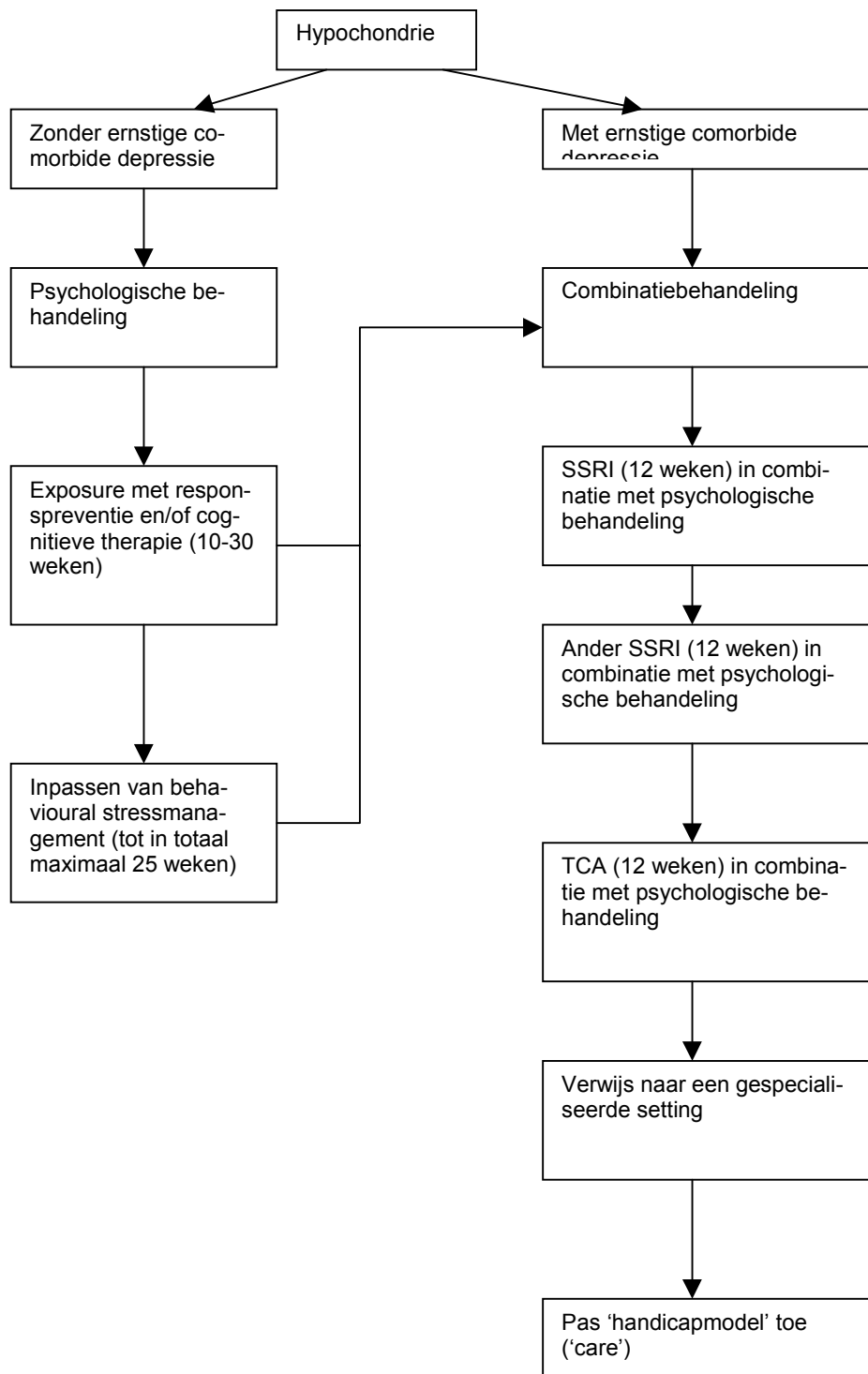
- Er is sprake van therapieresistentie waarna verwijzing naar een gespecialiseerde tweede- of derdelijns setting plaatsvindt. Er kan sprake zijn van complicerende comorbiditeit. Overwogen dient te worden of dagklinische of klinische behandeling noodzakelijk is.

### *Uiteindelijk geen of onvoldoende verbetering op alle interventies*

- Indien alle eerdere stappen volgens de beslisboom geen of onvoldoende resultaat opgeleverd hebben en ook een second opinion in een gespecialiseerde setting geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en zal uitgegaan dienen te worden van een begeleiding volgens het handicapmodel. Dit wil zeggen: laagfrequente contacten met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care. In deze fase van het zorgproces zijn ondersteunende interventies vaak van groot belang.



## Beslisboom hypochondrie



## Ondersteunende interventies

Matrix multidisciplinaire interventies bij angststoornissen op basis van de Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Human Functioning Disabilities and Health' (ICF):

Component	Categorieën	Uitkomst/beoogd resultaat	Interventies
Activiteiten (Beperkingen)	Communicatie	Communiceren, begrijpen van communicatie, converseren	<p>Dramatherapeutische interventies <i>Dramatherapeutische interventies zijn in het kader van een multidisciplinaire behandeling bruikbaar bij het behandelen van angststoornissen. Ze kunnen toegepast worden voor het verminderen van de gevoeligheid voor uiteenlopende angstige situaties, met name situaties met een interactieel karakter.</i></p> <p>Psychomotorische interventies <i>Lichamelijke inspanning kan worden aangeboden als interventie in het kader van een multidisciplinair behandelprogramma voor patiënten met angststoornissen. Lichamelijke ontspanning in de vorm van progressieve spierontspanning biedt een bescheiden vorm van angstvermindering en kan na een korte training vrij gemakkelijk zelfstandig worden toegepast en daardoor bijdragen aan het welbevinden en het actief zelfstandig handelen in het kader van een breder behandelaanbod.</i></p> <p>Muziektherapeutische interventies <i>Muziek therapeutische interventies zijn bruikbaar bij de behandeling van angststoornissen. Als onderdeel van een breder behandelaanbod kunnen ze een bijdrage leveren aan het aanleren van ontspanning en expressie van emoties.</i></p> <p>Beeldend therapeutische interventies <i>Beeldend therapeutische interventies blijken in de praktijk mogelijkheden te bieden voor de cliënt met angststoornissen om op non-verbale wijze aan verwerking en vergroting van het controlegevoel te werken. Zij zijn een onderdeel van een multidisciplinaire aanpak</i></p> <p>Dans- en bewegingsinterventies <i>Dans en bewegingstherapie is bruikbaar als ondersteunende interventie bij de behandeling van angststoornissen. Als onderdeel van een breder behandelaanbod kan het een bijdrage leveren aan het exploreren van gevoelens en het meer spontaan en functioneel reageren in sociale situaties.</i></p> <p>Sociotherapie</p>
	Algemene taken en eisen	Ondernemen van taken, omgaan met stress en andere mentale eisen	<p>Psychomotorische interventies Bevorderen van de coping <i>Interventies ter bevordering van coping kunnen op individuele indicatie als ondersteunende interventie bij patiënten met angststoornissen worden toegepast in het kader van een multidisciplinaire benadering.</i></p> <p>Sociotherapie</p>
	Zelfverzorging	Zorgdragen voor eigen gezondheid, zelfverzorging	<p>Zelfhulp <i>Zelfhulp pakketten kunnen worden aangeboden aan patiënten met een GAS of paniekstoornis (al of niet met agorafobie). Het is aan te raden dit te ondersteunen met weinig frequente ondersteunende contacten, bijvoorbeeld om de 2-4 weken 10-30 minuten. Zelfhulp kan op zichzelf staand worden gegeven (met name aan patiënten met relatief lichte stoornissen, zonder persoonlijkheidsproblematiek), of worden gecombineerd met medicatie. Zelfhulp kan met name worden gegeven aan patiënten die moeten wachten op CGT; zelfhulp kan patiënten voorbereiden op CGT. Wanneer zelfhulp als enige behandeling wordt aangeboden, is het zaak het effect na twee weken tot een maand te beoordelen. Wanneer er nauwelijks of geen verbetering is opgetreden, is het raadzaam om de cliënt alsnog medicatie en/of CGT aan te bieden.</i></p>
	Huishouden	Huishoudelijke taken, verwerven van benodigdheden	Sociotherapie

Component	Categorieën	Uitkomst/beoogd resultaat	Interventies
	Tussenmenselijke interacties en relaties	Algemene tussenmenselijke interacties, bijzondere tussenmenselijke relaties	Dramatherapeutische interventies Psychomotorische interventies Muziektherapeutische interventies Beeldend therapeutische interventies Dans- en bewegingsinterventies Sociotherapie
Participatie (participatie problemen)	Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven	Deel uitmaken van organisaties, recreatie, religie, mensenrechten, politiek en burgerschap	Lotgenotencontact/zelfhulpgroepen
Omgevingsfactoren (belemmerende factoren)	Ondersteuning en relaties	Aanwezigheid van persoonlijk netwerk	Clubs, hobby's, ondersteuning van het netwerk <i>Ondersteuning van het netwerk bij cliënten met angststoornissen is van belang ter ondersteuning van de primaire behandeling gericht op het terugdringen van de angststoornis.</i>
	Attitudes	Ondersteunende attitude in netwerk, dienstverleners en maatschappelijke attitudes	Patiëntenverenigingen Arbeidsrehabilitatie <i>Arbeids therapie is in het kader van arbeidsreïntegratie aan te bevelen ter ondersteuning van de behandeling van de angststoornis en het verbeteren van de sociale beperkingen.</i>
	Diensten, systemen en beleid	Voorzieningen m.b.t. sociale zekerheid, welzijn, gezondheidszorg, onderwijs, werkgelegenheid	Arbeidsvoorzieningen Huisvestingsvoorzieningen Schuldsanering

Cursief: de aanbevelingen zoals in de richtlijn beschreven