



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

Trimbos-
instituut
*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*



MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Angststoornissen

Patiëntenversie



Multidisciplinaire richtlijn

Angststoornissen

Patiëntenversie

2005

Deze patiëntenversie is mede ontleend aan de Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005)

Colofon

Financiering

ZonMw



Auteurs

mw. drs. K. Hofstra, Trimbos-instituut

mw. drs. E. Fischer, Trimbos-instituut

Eindredacteur

dhr. drs. L. Oosterhout

Productiebegeleiding

dhr. drs. P. Anzion

Omslag

Conefrey/Koedam, Zeist

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel: 030 297 11 80; fax: 030 297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.

Onder vermelding van artikelnummer AF0629. U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze patiëntenversie (en de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ) zijn te ook downloaden op www.ggzrichtlijnen.nl.

ISBN 90-5253-522-1

© 2005 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

INHOUD

	Inleiding	5
1	Wat is een angststoornis?	7
2	Hoe wordt een angststoornis vastgesteld?	11
3	Behandel mogelijkheden bij angststoornissen	13
4	Samen beslissen	17
5	De behandelingen beschreven	19
	• Medicatie	19
	• Psychologische behandeling	24
	• Aanvullende behandelingen	26
6	De behandelaar	31
7	Omgaan met een angststoornis	35
8	Familie en partners van mensen met een angststoornis	37
9	Praktische informatie	39
	Bijlage 1 Werkgroep Samen Beslissen	45
	Bijlage 2 Informatie over de multidisciplinaire richtlijnen en de patiëntenversies	47

INLEIDING

In deze patiëntenversie vindt u informatie over de verschillende angststoornissen; wat is een angststoornis, welke mogelijke behandelingen stelt uw behandelaar in eerste instantie voor en bij welke behandelaars kunt u daarvoor terecht? Ook kunt u lezen wat u zelf kunt doen en waar u terecht kunt voor extra informatie, praktische hulp en emotionele ondersteuning.

De behandelingen die in deze patiëntenversie beschreven worden zijn wetenschappelijk onderzocht en zijn effectief voor de behandeling van een angststoornis. De beschrijving van de verschillende behandelingen is een 'vertaling' van de behandelingen die beschreven worden in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Daarin staan aanbevelingen voor behandelaars voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met een angststoornis.¹

Aan de hand van deze patiëntenversie kunt u samen met uw behandelaar een geschikt behandeltraject uitstippelen. U kunt beoordelen of de voorgestelde behandeling bij u past door samen met uw behandelaar te kijken naar uw persoonlijke omstandigheden en uw eigen voorkeuren. In een aantal gevallen maakt het niet uit of u start met een psychologische behandeling of met medicijnen. In dat geval bespreekt u met uw behandelaar wat het best bij u past. Het kan ook zijn dat u bezwaar heeft tegen de voorgestelde behandeling. U bespreekt dan met uw behandelaar of er alternatieven zijn en hoe goed die zijn. Met uw behandelaar maakt u afspraken over de evaluatie: de momenten waarop u met uw behandelaar nagaat of de behandeling effectief is en of er een nieuwe behandelstap nodig is.

U kunt deze patiëntenversie gebruiken als naslagwerk. In de inhoudsopgave vindt u waar welke informatie staat.

¹ Deze aanbevelingen zijn algemeen en houden geen rekening met individuele omstandigheden en eigen voorkeuren. Daarom kan uw behandelaar zonedig en in overleg met u afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn.

I WAT IS EEN ANGSTSTOORNIS?

Een angststoornis is een ziekte die zich op verschillende manieren kan uiten.

In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen worden zes verschillende angststoornissen beschreven en wordt ingegaan op hypochondrie. Hypochondrie is strikt genomen geen angststoornis maar wordt hier wel behandeld omdat angst een belangrijk kenmerk van deze ziekte is. Een gemeenschappelijk kenmerk van de verschillende angststoornissen is dat er sprake is van bovenmatige angst. In principe is angst een normaal en gezond verschijnsel. Angst maakt dat u op een goede manier kunt reageren op gevaar. Bij bovenmatige angst bent u ook angstig als er geen echt gevaar is, of reageert u extreem angstig op een niet erg gevaarlijke situatie. Wil er sprake zijn van een angststoornis dan is het een criterium dat u echt last heeft van uw angst en beperkt wordt in uw sociale en beroepsmatige functioneren, doordat u de voor u angstige situaties gaat vermijden.

Angststoornissen komen vaak voor. De schattingen lopen uiteen:

- 5 tot 13% van de Nederlanders krijgt ooit in het leven last van paniekaanvallen of fobieën.
- Ongeveer 3% van de bevolking lijdt langere tijd aan een angststoornis of fobie.
- Bij zo'n 150.000 Nederlanders is de angst buitensporig groot en alles overheersend. Zij kunnen nauwelijks een gewoon leven leiden.²

Welke angststoornissen zijn er?

Hieronder vindt u een korte beschrijving van de verschillende angststoornissen die in deze brochure besproken worden:

Paniekstoornis met of zonder agorafobie (pleinvrees)

Als u een paniekstoornis heeft, dan heeft u last van onverwachte paniekaanvallen. U weet niet wanneer en waarom u een paniekaanval krijgt. Het kan dat u altijd bang bent voor een nieuwe aanval. Bij een paniekaanval zijn er allerlei lichamelijke reacties die in korte tijd heel hevig worden, bijvoorbeeld een bonzend hart, zweten, trillen of ademnood.

Vaak gaat een paniekstoornis samen met agorafobie. Volgens het woordenboek is agorafobie ruimtevrees, pleinvrees of straatvrees. Plaatsen of situaties die mensen met agorafobie vaak vermijden zijn drukke winkels, openbaar vervoer, bezoek aan theater of bioscoop, autorijden, lichamelijke inspanning, grote ruimtes of juist het omgekeerde, kleine afgesloten plekken. De angst is om juist op die plaats of in die situatie een paniekaanval te krijgen, en dan moeilijk weg te kunnen of hulp te kunnen krijgen. Mensen met agorafobie vermijden die plaatsen en situaties zoveel mogelijk of doorstaan ze met veel angst. Mensen met een paniekstoornis hebben vaker last van een depressie dan mensen zonder een paniekstoornis. Ook de depressie moet dan behandeld worden.

² www.korrelatie.nl

Sociale fobie

Als u een sociale fobie heeft, bent u bang voor situaties waarin de kans bestaat dat u kritisch beoordeeld wordt door anderen en/of dat u zich belachelijk maakt. U bent bang dat u bijvoorbeeld gaat blozen of gaat trillen. Bij een sociale fobie gaat het om grote angst voor die situaties. Veel mensen vinden het eng om bijvoorbeeld iets te zeggen in een groep maar bij mensen met een sociale fobie is die angst veel heviger.

Mensen met een sociale fobie vermijden zoveel mogelijk de angstige situaties en hebben allerlei strategieën om zich niet in de angstige situaties te hoeven begeven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen mensen die bang zijn voor één specifieke situatie en mensen die bang zijn voor meerdere situaties. Bij de specifieke sociale fobie is er de angst voor één specifieke situatie, bijvoorbeeld podiumangst. Bij de gegeneraliseerde sociale fobie zijn mensen bang in minstens twee sociale situaties.

Obsessieve compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Als u een dwangstoornis heeft, heeft u last van steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen. Dwanggedachten (obsessies) zijn gedachten die u weliswaar zelf denkt maar die u toch als vreemd en niet bij uzelf passend ervaart. Het overkomt u en u kunt het niet voorkómen. Dwanghandelingen (compulsies) zijn zich steeds herhalende handelingen die u op dezelfde, speciale manier verricht. Met dwanghandelingen hopen mensen spanningen of bedreigingen te voorkomen. Dwanghandelingen hebben dus wel een functie maar op zich gaat het om handelingen die logisch gezien geen zin hebben. Bijvoorbeeld steeds opnieuw afklappen uit angst dat er anders een ongeluk gebeurd of het op een bepaalde manier de deur open doen. Andere voorbeelden zijn smetvrees (de angst dat iets niet goed schoon is en daardoor ziekmakend), controledwang (steeds opnieuw controleren of de deur op slot is, alle apparaten uit zijn, de fiets goed staat) of teldwang (alles steeds opnieuw moeten tellen). Heel veel mensen hebben wel eens ongewenste gedachten die ze niet uit het hoofd kunnen zetten of doen iets dat op zich niet logisch of zinvol is om onheil te bezweren. Het is echter pas een dwangstoornis als u echt last heeft van uw klachten, als de dwanggedachten en/of dwanghandelingen meer dan een uur per dag kosten of het dagelijks functioneren ernstig verstoren. Ten gevolge van een dwangstoornis kunnen er bijvoorbeeld vaak problemen op het werk zijn of problemen in de relaties met andere mensen. Dat kan zijn omdat alle dwanghandelingen veel tijd kosten maar ook omdat, bijvoorbeeld bij smetvrees, u van uw huisgenoten en bezoekers verwacht dat ze in uw angsten meegaan en bijvoorbeeld ook steeds hun handen wassen.

Gegeneraliseerde angststoornis³

Als u een gegeneraliseerde angststoornis heeft bent u (bijna) altijd nerveus en

³ Omschrijving mede gebaseerd op de folder 'gegeneraliseerde angststoornis' van de Angst, Dwang en Fobie stichting.

gespannen. U tobt en piekert veel. Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis hebben moeite om hun zorgwekkende gedachten onder controle te houden. Geruststellende gedachten helpen maar even, onderdrukken heeft vaak een tegenovergesteld effect. Vaak bent u meer bezig met de toekomst en wat daar een verschrikkelijke dingen in kunnen gebeuren, dan met het heden. U benadrukt de mogelijke gevaarlijke en negatieve kanten van een gebeurtenis. Als uw kind bijvoorbeeld iets te laat thuis komt denkt u al aan een ongeluk. Chronisch piekeren gaat vaak gepaard met verschillende spanningsklachten, zoals snel vermoeid zijn, spierpijn en slaapproblemen. Ook concentratieproblemen komen veel voor.

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Een posttraumatische stressstoornis kunt u krijgen als gevolg van een ingrijpende gebeurtenis (trauma) waarbij u of een ander met de dood of ernstig letsel is bedreigd. U kunt bijvoorbeeld verkracht zijn, een overstroming meemaken, een ernstig ongeluk krijgen of er bij zijn terwijl iemand anders een ernstig ongeluk krijgt. Bij een posttraumatische stressstoornis is altijd sprake van het herbeleven van de gebeurtenis in dromen of herinneringen. Ook het vermijden van situaties waarin de gebeurtenis zich mogelijk kan herhalen of van situaties die u herinneren aan het trauma komt veel voor. Na de gebeurtenis hebben mensen met een posttraumatische stressstoornis langdurig last van toegenomen spanning of opwinding. Dat kan zich uiten in bijvoorbeeld prikkelbaarheid, snel schrikken, woedeaanvallen of concentratieproblemen en ook in emotionele afvlakking en lichamelijke klachten. Problemen in de relaties met andere mensen (moeilijk andere mensen kunnen vertrouwen, sociaal isolement) en/of in de werksfeer komen veel voor. Problemen in de werksfeer komen veelvuldig voor als de traumatische gebeurtenis ook tijdens het werk plaatsvond. Dat geldt bijvoorbeeld voor militairen die worden uitgezonden naar oorlogsgebied en daar afschuwelijke dingen meemaken. PTSS-klachten die acuut optreden na het trauma zijn voor de patiënt en diens omgeving vaak goed te plaatsen. PTSS-klachten die lange tijd na het trauma nog te zien zijn, zijn niet altijd goed te plaatsen voor de patiënt en diens omgeving. Dat geldt zeker voor de omgeving.

Specifieke fobie

Bij een specifieke fobie kunt u last hebben van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of voor een bepaalde situatie. Vaak heeft de angst betrekking op dieren, afgesloten ruimtes, hoogten, onweer of angst voor bloedletsel of injecties. Bij confrontatie met wat angstig maakt komt het lichaam in een verhoogde staat van spanning/alertheid. Hartslag en bloeddruk zullen hierbij stijgen.

Bij een bloedfobie zien we een andere reactie van het lichaam dan gebruikelijk is in angstige situaties. Normaal gaat dan namelijk de bloeddruk omhoog en gaat het hart sneller kloppen. Bij mensen met een bloedfobie dalen de hartslag en bloeddruk duidelijk en kan men flauwvallen.

In de praktijk leidt een specifieke fobie meestal niet tot grote beperkingen of problemen omdat de angstige situaties makkelijk vermeden kunnen worden. Als dat niet lukt kunnen er wel grote beperkingen of problemen zijn. U kunt bijvoorbeeld problemen krijgen op het werk als u vliegangst heeft terwijl er van u verwacht wordt dat u regelmatig reist per vliegtuig. Diezelfde vliegangst is een veel kleiner probleem als u voor uw werk niet hoeft te reizen.

Hypochondrie

Als u last heeft van hypochondrie, denkt u bij onschuldige lichamelijke verschijnselen dat dit mogelijk tekenen zijn van een ernstige ziekte. Een bultje op uw been is mogelijk kanker, een versnelde hartslag kan een hartaanval zijn. U kunt daar heel angstig van worden en het is niet eenvoudig die angst weg te nemen. De angst een ernstige ziekte te hebben blijft, ook nadat medisch onderzoek heeft uitgewezen dat u niet ernstig ziek bent. Meestal leidt hypochondrie niet tot ernstige beperkingen of problemen in het sociale verkeer of het werk.

2 HOE WORDT EEN ANGSTSTOORNIS VASTGESTELD?

Om een angststoornis vast te stellen gebruikt uw behandelaar meerdere invalshoeken. Hij geeft u de ruimte om uw eigen verhaal te vertellen. Hij zal doorvragen op bepaalde aspecten en eventueel gebruikt hij een meetinstrument (bijv. een vragenlijst).

Uw eigen verhaal

Als u hulp zoekt bij angstklachten begint de behandelaar – meestal de huisarts – met één of meer gesprekken waarin u samen de problemen in kaart brengt. Het is belangrijk dat u de ruimte neemt om uw eigen verhaal te vertellen. U kunt hiervoor een dubbele afspraak maken zodat u meer tijd heeft. Ook kunt u desgewenst uw partner of een andere direct betrokkene meenemen om u te helpen uw klachten goed in beeld te brengen. Het kan handig zijn om thuis alvast op te schrijven wat u wilt bespreken. Het onderstaande rijtje met vragen kan u helpen uw verhaal te vertellen:

- Wat zijn de klachten?
- Hoe lang heeft u al klachten en hoe verlopen de klachten (bent u steeds angstig, wordt het steeds erger, gaat het af en toe beter)?
- Hangen de klachten mogelijk samen met bijvoorbeeld stress, overbelasting, relatieproblemen, werkproblemen, een lichamelijke ziekte, het gebruik van medicijnen, gebeurtenissen uit het verleden?
- Wat zijn de gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven? Het kan zijn dat u zich angstig voelt maar dat het u nog wel lukt de dagelijkse dingen te doen. Het kan ook dat u nergens meer toe komt.
- Wat heeft u zelf eventueel al gedaan om uw angstige gevoelens te verminderen?
- Wat hoopt u te bereiken met de behandeling?

Doorvragen tijdens het vaststellen van een angststoornis (de diagnosestelling)

Uw behandelaar zal doorvragen op uw verhaal. Tijdens de diagnose zoekt de behandelaar naar mogelijke oorzaken en vraagt hij naar de gevolgen voor het dagelijks functioneren.

Tijdens de diagnose gaat uw behandelaar na of er echt sprake is van een angststoornis of dat er iets anders aan de hand is. Hij sluit uit dat uw klachten veroorzaakt worden door een lichamelijke ziekte of door andere psychische problemen. Ook gaat hij na of er niet meer aan de hand is dan alleen een angststoornis. Mensen met een angststoornis hebben bijvoorbeeld een grotere kans op een depressie dan mensen die geen angststoornis hebben. Voor de behandeling maakt het uit of u ook een depressie heeft.

Meetinstrumenten

Tijdens de diagnosestelling worden soms screeners of meetinstrumenten gebruikt. Een screener is een kleine test om na te gaan of inderdaad aan een bepaalde aandoening gedacht kan worden. Meetinstrumenten worden gebruikt om na te gaan of iemand inderdaad een bepaalde aandoening heeft en in welke mate. Veel meetinstrumenten bestaan uit een vragenlijst. De meetinstrumenten die gebruikt worden voor een angststoornis zijn een betrouwbaar hulpmiddel bij de diagnosestelling. Daarnaast zijn meetinstrumenten ook zinvol om het beloop van de klachten te meten en te evalueren of een behandeling effectief is. Aanvullend lichamelijk en psychologisch onderzoek kan noodzakelijk zijn om een zorgvuldige diagnose te stellen.

Een aantal mensen met een angststoornis vindt het prettig als de behandelaar een vragenlijst gebruikt. Het beantwoorden van een lijst met vragen vinden ze makkelijker dan een meer open gesprek waarin de klachten aan de orde komen.

De diagnosestelling

Vaak lukt het om een diagnose te stellen. Soms lukt het niet om een precieze diagnose te stellen. Het kan zijn dat uw klachten niet precies binnen één diagnose passen. Dat hoeft geen probleem te zijn als uw behandelaar met u bespreekt wat hij ervan vindt en wat zijn conclusies zijn. Ga bij uzelf na of u zichzelf in de diagnose of de beschrijving van uw behandelaar herkent. Vraag zonedig om meer uitleg. Als u twijfelt kunt u vragen om een tweede - deskundige - mening van een andere behandelaar (second opinion).

Het is zinvol om regelmatig met uw behandelaar te bekijken of de diagnose angststoornissen nog klopt. Klachten kunnen veranderen en soms komen nieuwe problemen naar boven tijdens een behandeling.

3 BEHANDELMOGELIJKHEDEN BIJ ANGSTSTOORNISSEN

Bij de behandeling wordt gekeken welke behandelmogelijkheden voor de verschillende angststoornissen bestaan. Vervolgens maakt u samen met uw behandelaar een keuze en wordt ingezet op een bepaalde behandeling. Eventueel volgt u ook nog een ondersteunende behandeling.

Soort angststoornis

De behandelaar maakt onderscheid tussen de verschillende soorten angststoornissen. Daarbij kijkt hij ook naar de ernst van uw aandoening en naar de mate waarin u last heeft van uw angst. Wordt u overspoeld door angst of kunt u die nog redelijk onder controle houden? Wordt u ernstig beperkt in uw dagelijks leven of kunt u nog goed de dagelijkse verantwoordelijkheden aan? Heeft u alleen een angststoornis of heeft u daarnaast ook last van een depressie? Hieronder vindt u globaal de verschillende mogelijkheden tot behandeling per aandoening. Het gaat daarbij voornamelijk om de eerste keuze voor een bepaalde psychologische behandeling of de eerste keuze voor bepaalde medicatie. Eventueel volgende stappen bespreekt u met uw behandelaar.

In hoofdstuk 5 van deze brochure worden de verschillende behandelingen besproken.

- Medicatie⁴
- Een psychologische behandeling
- Aanvullende behandelingen

Paniekstoornis met of zonder agorafobie

Volgens de richtlijn wordt een paniekstoornis behandeld met medicijnen en/of een psychologische behandeling. Bij de keuze voor een behandeling maakt het verschil of naast de paniekstoornis ook sprake is van ernstige agorafobie of een ernstige depressie.

- Bij alleen een paniekstoornis (eventueel met lichte agorafobie) kiest u zelf of u wilt starten met medicijnen of met een psychologische behandeling.
- Bij een paniekstoornis met ernstige agorafobie stelt de behandelaar voor te starten met medicijnen samen met een psychologische behandeling.
- Bij een paniekstoornis (eventueel met lichte agorafobie) en een ernstige depressie adviseert de behandelaar te starten met medicijnen.

⁴ In dit hoofdstuk krijgt u eerst algemene informatie over de werking van medicijnen en het gebruik van medicijnen.

Als u start met een behandeling met medicijnen, begint u meestal met een *anti-depressivum*.

Als u start met een psychologische behandeling is er de keus tussen *paniekmanagement* en *exposure in vivo*. Bij ernstige agorafobie wordt voor exposure in vivo gekozen, in combinatie met medicijnen. Als vooral paniekaanvallen een rol spelen, ligt paniekmanagement voor de hand. Als paniekmanagement na 2 tot 4 maanden niet blijkt te werken, wordt gestart met medicijnen.

Sociale fobie

Volgens de richtlijn wordt een sociale fobie behandeld met medicijnen en/of een psychologische behandeling. Voor de behandeling maakt het verschil of mensen angst hebben voor één specifieke situatie of meerdere situaties, of mensen bang zijn voor een situatie die vaak voorkomt of een situatie die niet zo vaak voorkomt en of er behalve de sociale fobie ook sprake is van een ernstige depressie.

- Bij een sociale fobie voor één situatie die vaak voorkomt, adviseert de behandelaar om te starten met een psychologische behandeling.
- Bij een sociale fobie voor één situatie die niet vaak voorkomt kiest u zelf of u wilt starten met medicijnen of met een psychologische behandeling.
- Bij een sociale fobie voor meerdere situaties kiest u zelf of u wilt starten met medicijnen of met een psychologische behandeling.
- Bij een sociale fobie voor meerdere situaties en bovendien een ernstige depressie, adviseert de behandelaar te starten met medicijnen.

Als u start met medicijnen stelt de behandelaar bij een sociale fobie voor één situatie die niet vaak voorkomt, voor een *bètablokker* te gebruiken, een uur voordat u met die situatie te maken krijgt en als dat niet werkt, ook incidenteel, een benzodiazepine.

Bij een sociale fobie voor meerdere situaties wordt meestal gestart met een psychologische behandeling of een *antidepressivum*.

Als u start met een psychologische behandeling is er de keus tussen *cognitieve therapie* of *exposure in vivo* gedurende gemiddeld 12 weken. Ook een combinatie van cognitieve therapie en exposure in vivo (dit wordt cognitieve gedragstherapie genoemd) behoort tot de mogelijkheden. Als een psychologische behandeling onvoldoende werkt, wordt gestart met medicatie. Dat kan ook al eerder. Ter ondersteuning wordt eventueel ook een *Taak Concentratie Training* en/of een *sociale vaardigheidstraining* aangeboden.

Obsessieve compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Volgens de richtlijn wordt een dwangstoornis behandeld met medicijnen en/of een psychologische behandeling. Voor de behandeling maakt het verschil of mensen behalve een dwangstoornis ook last hebben van een ernstige depressie.

- Bij alleen een dwangstoornis kiest u zelf of u wilt starten met medicijnen of een psychologische behandeling. Hoewel u zelf kiest, heeft een psychologische behandeling de voorkeur.
- Bij een dwangstoornis en een ernstige depressie adviseert de behandelaar te starten met medicijnen.

Als u start met medicatie wordt voorgesteld te beginnen met een *antidepressivum*.

Als u start met een psychologische behandeling wordt voorgesteld te beginnen met *exposure in vivo met responspreventie* voor gemiddeld 10 tot 20 weken. Bij onvoldoende resultaat kan dit gecombineerd worden met cognitieve therapie.

Gegeneraliseerde angststoornis

Volgens de richtlijn wordt een gegeneraliseerde angststoornis behandeld met medicijnen en/of een psychologische behandeling. Voor de behandeling maakt het verschil of mensen behalve een gegeneraliseerde angststoornis ook last hebben van een ernstige depressie.

- Bij alleen een gegeneraliseerde angststoornis kiest u zelf of u wilt starten met medicijnen of met een psychologische behandeling.
- Bij een gegeneraliseerde angststoornis en een ernstige depressie adviseert de behandelaar te starten met medicijnen.

Als u start met medicijnen zijn er drie middelen die goed werken: *bupiron (middel tegen angst)*, *venlafaxine* en *paroxetine*. Venlafaxine en paroxetine zijn allebei *antidepressiva*.

Als u start met een psychologische behandeling wordt voorgesteld te beginnen met *cognitieve therapie* gedurende gemiddeld 10-15 weken.

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Volgens de richtlijn wordt een PTSS behandeld met medicijnen en/of een psychologische behandeling. Voor de behandeling maakt het verschil of mensen behalve een ptss ook last hebben van een ernstige depressie.

- Bij alleen een PTSS kiest u zelf of u wilt starten met medicijnen of met een psychologische behandeling. Hoewel u zelf kiest, heeft een psychologische behandeling de voorkeur.
- Bij een PTSS en een ernstige depressie adviseert de behandelaar te starten met medicijnen.

Als u start met medicijnen, begint u met een *antidepressivum*.

Als u start met een psychologische behandeling wordt voorgesteld te beginnen met gemiddeld 8 weken *exposure in vivo* gecombineerd met *cognitieve therapie*. In

plaats van cognitieve therapie kan ook worden gekozen voor gemiddeld 8 weken *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)*.

Specifieke fobie

De verschillende fobieën hebben hun eigen behandeltrajecten (volgens de richtlijn):

- Bij een bloed-, letsel- of injectietype fobie wordt voorgesteld te starten met een psychologische behandeling. De behandeling kan dan bestaan uit gemiddeld 8 weken geruststellende informatie en *exposure in vivo* gecombineerd met *applied relaxation*.
- Bij een dier-, natuur- of overig type fobie (overige is alles behalve dier-, natuur-, bloed-, letsel- of injectie) voor een weinig voorkomende situatie wordt voorgesteld om incidenteel (als het nodig is) medicatie te gebruiken en wel een *benzodiazepine*.

Als er sprake is van een dier-, natuur- of overig type fobie voor een veel voorkomende situatie wordt voorgesteld om te starten met een psychologische behandeling. De behandeling kan dan bestaan uit *exposure in vivo*.

Bij een bloed-, letsel- of injectietype fobie wordt gestart met medicijnen, in dit geval een *antidepressivum*, als een psychologische behandeling niet werkt. Bij een dier-, natuur- of overig type fobie voor meerdere situaties, geldt hetzelfde.

Hypochondrie

Volgens de richtlijn wordt hypochondrie behandeld met een psychologische behandeling of met medicijnen gecombineerd met een psychologische behandeling. Voor de behandeling maakt het verschil of mensen behalve hypochondrie ook last hebben van een ernstige depressie.

- Bij alleen hypochondrie start u met een psychologische behandeling.
- Bij hypochondrie en een ernstige depressie adviseert de behandelaar te starten met medicijnen en een psychologische behandeling.

Als u start met medicijnen, wordt begonnen met een *antidepressivum*.

Als u start met een psychologische behandeling wordt begonnen met gemiddeld 10 tot 20 weken *exposure in vivo met responspreventie en/of cognitieve therapie*.

4 SAMEN BESLISSEN

De behandelaar stelt in eerste instantie een behandeling voor die:

- Bij wetenschappelijk onderzoek effectief is gebleken.
- Bij de meeste mensen de meeste kans blijkt te hebben op betere resultaten dan andere behandelingen.
- Minder ernstige of ingrijpende bijwerkingen of gevolgen voor het dagelijks leven heeft dan andere behandelingen.

Het blijft echter de vraag of de voorgestelde behandeling ook voor u de beste keuze is. Daarom is er altijd ruimte voor overleg. U kunt altijd *samen* met uw behandelaar *beslissen* om toch voor iets anders te kiezen.

Uw behandelaar dient u goed te informeren over de verschillende behandel-mogelijkheden en wat deze inhouden. De volgende punten horen tijdens dit gesprek aan de orde te komen.

- Welke behandel-mogelijkheden zijn er?
- Waarom stelt de behandelaar deze behandeling voor?
- Wat houdt deze behandeling in?
- Wanneer kan verbetering verwacht worden?
- Hoe lang duurt een behandeling gemiddeld genomen?
- Wat zijn de mogelijke bijwerkingen (of – wat zijn de gevolgen voor uw dagelijks leven)?
- Informatie over en de keuze tussen de verschillende behandelaars die angststoornissen behandelen.
- Een doorverwijzing naar een andere behandelaar als de stoornis beter door een andere behandelaar behandeld kan worden.
- Indien gewenst: informatie over de stoornis voor de familie en partner.
- Nazorg om de kans op terugval te verkleinen (dit kan ook bij de afronding van de behandeling besproken worden).

In een aantal gevallen maakt het wat het verwachte effect betreft niet uit of gestart wordt met medicijnen of een psychologische behandeling. Het kan ook dat u zelf een sterke voorkeur heeft voor medicijnen of juist een psychologische behandeling. In beide gevallen beslist u samen met uw behandelaar waarmee u start. Bij het bepalen van een keuze kunt u samen met uw behandelaar nagaan wat van alle reële mogelijkheden de voor- en nadelen zijn⁵:

Ter overweging

- Kans op verbetering.
- Snelheid waarmee effect is te verwachten.

⁵ De prijs van een behandeling kan ook een rol spelen bij de keuze. Als er geen andere goede redenen zijn om te kiezen voor een bepaalde behandeling, wordt er gekozen voor de goedkoopste behandeling. Er is geen verband tussen de kwaliteit van de behandeling en de prijs.

- Mate waarin de behandeling u aanspreekt/ u vertrouwen heeft in de behandeling.
- Kans op bijwerkingen.
- Emotionele en/of fysieke belasting van de behandeling.
- Mate waarin de behandeling is in te passen in het dagelijks leven.
- Aantal leefregels (zoals geen alcohol, niet autorijden, op vaste tijden eten).
- Mate waarin de behandeling wordt vergoed.
- Aanwezigheid wachtlijst.
- Afstand tot uw huis en de plaats waar de behandeling wordt aangeboden.

Desgewenst kunt u ook anderen betrekken bij deze beslissing. U kunt uw familie, partner of direct betrokkenen vragen mee te denken. U kunt ook contact opnemen met een patiëntenorganisatie, die u helpt om tot een keuze te komen op grond van datgene wat voor u belangrijk is.

Beoordelen of de behandeling voldoende effect heeft

Niet iedereen reageert hetzelfde op een behandeling. Het is niet van te voren te voorspellen of de gekozen behandeling bij u inderdaad werkt zoals dat zou moeten. Om na te kunnen gaan of de behandeling effectief is, heeft u de volgende informatie nodig:

- Welke effecten (verbetering, bijwerkingen) horen bij de behandeling? Welke effecten zijn een teken dat de behandeling mogelijk niet werkt?
- Wanneer is er verbetering te verwachten?
- Hoe gaat de behandelaar na of inderdaad verbetering is opgetreden? In de praktijk schiet een evaluatie er soms bij in, u kunt zelf aangeven dat u een evaluatie wilt.

Als de behandeling werkt, wordt besproken of en hoe verder wordt gegaan. Als de behandeling niet voldoende resultaat heeft, wordt eerst gekeken naar de mogelijke oorzaak hiervan. Zonodig wordt voor een andere behandeling gekozen. Ook kan de behandeling worden aangevuld met een andere behandeling. U volgt bijvoorbeeld gesprekstherapie en gaat ook medicijnen gebruiken. Bij de nieuwe (of gewijzigde) behandeling heeft u evenveel kans als ieder ander dat deze behandeling werkt: uw kansen op verbetering zijn niet kleiner geworden omdat een andere behandeling niet effectief was.

Dat betekent niet dat iedereen gegarandeerd een passende behandeling vindt voor zijn of haar klachten. Er zijn mensen die nagenoeg altijd last houden van een angststoornis. Deze mensen krijgen begeleiding hoe ze – ondanks hun angstklachten – hun leven kunnen inrichten.

Voor mensen die wel een passende behandeling vinden, geldt dat ze bijna altijd een verhoogde kwetsbaarheid hebben om opnieuw angstklachten te krijgen. Het advies is om alert te zijn op mogelijke terugval.

5 DE BEHANDELINGEN BESCHREVEN

Medicatie

De werking van medicijnen

Een medicijn is een chemische stof, bedoeld om een aandoening te genezen of om de symptomen van een aandoening te verminderen of te laten verdwijnen. Medicijnen kunnen op verschillende manieren ingenomen worden. De meeste medicijnen worden geslikt in de vorm van tabletten, capsules of druppels. Via het maagdarmkanaal komt de werkzame stof uiteindelijk in het bloed terecht. Het bloed transporteert de werkzame stof naar de plek waar die zijn werk moet doen. In het geval van een angststoornis gaat het om de hersenen. Een medicijn werkt pas wanneer de juiste hoeveelheid van de stof in het bloed zit. De werkzame dosering kan per persoon verschillen. Factoren die hierbij een rol spelen zijn; leeftijd, geslacht en gewicht.

Medicijnen zijn niet alleen werkzaam op de plekken waar dat gewenst is, ze beïnvloeden ook andere lichaamsprocessen met bijwerkingen als mogelijk gevolg. Bij een te hoge dosering wordt de kans op bijwerkingen vergroot. De kans op bijwerkingen wordt ook vergroot door onjuist gebruik van medicatie, of door een mogelijke wisselwerking met andere medicijnen die u gebruikt. Uw behandelaar probeert bij u een goed evenwicht te vinden tussen optimale werkzaamheid en minimale bijwerkingen.

Het gebruik van medicijnen

Bij het gebruik van medicijnen is voorlichting en begeleiding door de behandelaar van groot belang. In de richtlijn wordt aanbevolen om in het begin minstens eens in de twee weken een gesprek met de behandelaar te plannen om te controleren of alles goed verloopt en eventuele vragen te bespreken. Na langer gebruik zijn dergelijke afspraken minder nodig maar het blijft gewenst om eens in de zoveel tijd een afspraak te maken. Overleg met uw behandelaar hoe vaak. Hieronder staat een lijst van zaken en onderwerpen die u met uw behandelaar kunt bespreken:

Werking

Bij sommige medicijnen verergeren bepaalde klachten in het begin. Ook zijn er medicijnen waarbij snel verbetering is te verwachten, bij andere kan dat langer duren. Bij de medicatie die tegen angststoornissen wordt voorgeschreven duurt het meestal een aantal weken voor er een verbetering te merken is.

Instelling juiste dosis

Pas als vastgesteld is wat voor u de goede dosering is, kan na de vastgestelde periode (een aantal weken) beoordeeld worden of het medicijn bij u werkt.

Gebruik

Afspraken over hoeveel slikken, wanneer slikken, hoe lang slikken? Kan het middel in combinatie met alcohol of andere medicatie? Is het verantwoord te combineren met dagelijkse activiteiten als autorijden of het bedienen van bepaalde machines? Kan het medicijn worden gebruikt bij zwangerschap en borstvoeding?

Bijwerkingen

Welke bijwerkingen kunnen mogelijk optreden? Wat kunt u aan eventuele bijwerkingen doen? Een veel voorkomende bijwerking is toename van de klachten in het begin. Andere veelvoorkomende bijwerkingen zijn slaapstoornissen en misselijkheid. Om bijwerkingen te beperken of te voorkomen is het soms mogelijk een medicijn tegen de bijwerkingen te slikken. Soms helpt het als u het medicijn op een ander tijdstip inneemt of eerst iets eet. Ernstige bijwerkingen komen zelden voor. Toch is het belangrijk dat u er alert op bent omdat u in dat geval snel uw behandelaar op de hoogte moet brengen. Dat kan het geval zijn als u erg ziek wordt door het gebruik van medicatie (koorts, ademhalingsmoeilijkheden, hartproblemen, geel worden van de huid), of als u merkt dat uw emoties er negatief door beïnvloed worden (onrust, gedachten aan de dood). Als u last heeft van dergelijke ernstige bijwerkingen, kunt u dat het beste snel bespreekbaar maken met uw behandelaar.

Evaluatie

U kunt samen met uw behandelaar beoordelen of het medicijn (nog steeds) werkt zoals bedoeld. Als uw behandelaar er zelf niet over begint, kunt u vragen om een evaluatie.

Afbouw

U kunt afspraken maken over het verminderen van de hoeveelheid medicatie en het eventueel stoppen met medicatie. Soms moet uw lichaam eraan wennen dat de medicijnen niet meer geslikt worden. Deze onttrekkingsverschijnselen kunt u ook ter sprake brengen. Wijzigingen in de dosering of het afbouwen van de medicatie dienen in overleg met uw behandelaar te gebeuren.

Eerste keuze bij medicijnen

Bij een angststoornis wordt in eerste instantie meestal een *antidepressivum* voorgeschreven. Zonodig wordt dit gecombineerd met een *benzodiazepine*, dat is een slaap- en kalmeringsmiddel. Dit wordt kortdurend voorgeschreven als middel tegen de tijdelijke toename van angstklachten die bij antidepressiva kunnen optreden bij het begin van het gebruik.

Bij de gegeneraliseerde angststoornis kan behalve een antidepressivum ook gekozen worden voor *bupiron*, een speciaal middel tegen angst.

Bij fobieën die niet vaak voorkomen is de eerste keus om alleen en incidenteel medicijnen te slikken als het nodig is, dus net voor u geconfronteerd wordt met datgene waar u bang voor bent. Bij een sociale fobie is dat een bètablokker. Bij een specifieke fobie of enkelvoudige fobie is dat een *benzodiazepine*.

Antidepressiva

Volgens de richtlijn zijn antidepressiva de eerste keus bij behandeling met medicijnen van een angststoornis. Antidepressiva zijn wetenschappelijk goed onderzocht. Ze zijn voor veel mensen effectief en worden redelijk goed verdragen.

Antidepressiva beïnvloeden de chemische processen in onze zenuwen. De zenuwen in ons lichaam geven signalen aan elkaar door via bepaalde stoffen: neurotransmitters. Deze neurotransmitters beïnvloeden de angstige en/of depressieve stemming. Antidepressiva hebben invloed op de (her-)opname van bepaalde neurotransmitters. Antidepressiva werken niet direct, het duurt een aantal weken voor u merkt of ze effect hebben.

Een aantal mensen wil geen antidepressivum gebruiken of stopt met het gebruik vanwege de bijwerkingen. Anderen kiezen wel voor antidepressiva omdat deze middelen in veel gevallen goed werken. Het is niet zeker dat u veel last zult hebben van bijwerkingen, dat verschilt per persoon. Bovendien kunt u voor sommige bijwerkingen medicijnen krijgen die de klachten beperken.

Antidepressiva worden onderverdeeld in selectieve serotonine her-opname remmers (SSRI's) en tricyclische antidepressiva (TCA's). Hoewel ze meestal even effectief zijn verschilt de werking en de bijwerkingen per antidepressivum. Omdat SSRI's over het algemeen beter verdragen worden, zijn die meestal eerste keus. Als een bepaald antidepressivum niet werkt, is overschakelen op een ander antidepressivum vaak een goede keuze. Omdat ze allemaal net iets anders werken, is er een goede kans dat een ander type wel het beoogde effect heeft. Venlafaxine, de eerste keuzemogelijkheid bij een gegeneraliseerde angststoornis, is een antidepressivum dat praktisch hetzelfde werkt als een SSRI.

Hieronder treft u de mogelijke bijwerkingen van SSRI's en TCA's:

- SSRI's
Voorbeelden van SSRI's zijn: citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline (de stofnaam). Mogelijke bijwerkingen zijn: maag- en darmklachten (zoals misselijkheid, braken en diarree) nervositeit, hoofdpijn, slaperigheid, seksuele functiestoornissen (zoals impotentie) en bloedingsstoornissen (waardoor sneller blauwe plekken kunnen ontstaan).
- Tricyclische antidepressiva (TCA's)
Voorbeelden van TCA's zijn clomipramine en imipramine (de stofnaam). Mogelijke bijwerkingen zijn: droge mond, moeilijk plassen, droge ogen, wazig zien, verstopping van de darmen. Ook komen seksuele functiestoornissen (zoals minder zin in seks) duizeligheid, versnelde hartslag door tijdelijk verlaagde bloeddruk, sufheid, gewichtstoename (door meer eetlust) en verminderde hartwerking voor.

Nogmaals: het is beslist niet gezegd dat u van alle bijwerkingen last krijgt of dat u last krijgt van ernstige bijwerkingen. En nadat u stopt met de medicijnen, houden de bijwerkingen na verloop van tijd op. Het is verstandig om met uw behandelaar

te bespreken welke bijwerkingen er bij een bepaald medicijn zijn, en hoe u ze eventueel kunt beperken.

Benzodiazepinen

Een benzodiazepine is een slaap- en kalmeringsmiddel. Bij een angststoornis worden ze kortdurend voorgeschreven aan mensen die net begonnen zijn met een antidepressivum en last hebben van angst of slaapproblemen, een tijdelijke toename van klachten of bijwerkingen. Het effect is dat u kalmer wordt en dat uw angstgevoelens worden geremd. Benzodiazepinen worden meestal goed verdragen. Een mogelijke en veelvoorkomende bijwerking is wel dat het reactievermogen wordt beïnvloed, soms zelfs zonder dat u dat merkt. Autorijden en het bedienen van machines kunnen daardoor gevaarlijk zijn. Ook andere bezigheden waarvoor concentratie vereist is, bijvoorbeeld op een keukentrapje staan om iets schoon te maken, kunnen gevaar opleveren. Behalve dat is er kans op onder andere sufheid, hoofdpijn, spierpijn, vermoeidheid, duizeligheid en depressiviteit. Door combinatie met bepaalde andere medicijnen of met alcohol worden de erger. Benzodiazepinen worden bijna altijd kortdurend voorgeschreven. Bij langer gebruik (al na 6 weken) is er namelijk een grote kans op verslaving, zowel psychisch (u denkt niet meer zonder te kunnen) als lichamelijk (uw lichaam geeft aan het middel nodig te hebben). Benzodiazepinen zijn wetenschappelijk goed onderzocht en blijken effectief te zijn.

Buspiron:

Buspiron is een middel tegen angst. Buspiron wordt meestal, na bijwerkingen bij de start, goed verdragen. Buspiron werkt niet direct. De 5 meest genoemde bijwerkingen zijn: duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, hoofdpijn, misselijkheid en diarree. Buspiron is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Bètablokkers

Het effect van bètablokkers richt zich met name op onderdrukken van angstgerelateerde lichamelijke verschijnselen zoals hartkloppingen, blozen en trillen. Ook de angst die hier bij hoort vermindert na inname van een bètablokker. Het effect treedt in het algemeen snel (binnen een half uur) op. Bètablokkers dienen slechts af en toe gebruikt te worden, en het gaat dan om een eenmalige toediening, een aantal uur voor de angstige situatie of gebeurtenis. Voorbeelden zijn: propranolol en atenolol.

Een nadeel van bètablokkers is dat het effect kan hebben op hart en bloedvaten, zoals verlaging van de hartslag en de bloeddruk. Mensen die intensief sporten of veel lichamelijke inspanning leveren mogen bètablokkers dan ook niet gebruiken. Bètablokkers zijn wetenschappelijk goed onderzocht en blijken effectief te zijn.

Als de medicatie niet werkt

Na een aantal weken (meestal 6, soms wel 12, afhankelijk van hoe snel het medicijn werkt) bekijkt u samen met uw behandelaar of de behandeling voldoende

effect heeft. Als dat het geval is, wordt doorgedaan op de ingeslagen weg.

Bij onvoldoende effect kunnen de volgende stappen worden ondernomen:

- Er wordt onderzocht of de aanvankelijke diagnose wel klopt.
- Er wordt gekeken in hoeverre de angststoornis in stand wordt gehouden door bepaalde factoren of omstandigheden (bijvoorbeeld door slechte sociale omstandigheden, of als er sprake is van een andere aandoening die vaak samengaat met een angststoornis).
- De therapietrouw wordt nagegaan: worden de medicijnen gebruikt zoals afgesproken?
- De behandeling wordt geoptimaliseerd: de dosering wordt verhoogd. In bepaalde gevallen wordt de bloedspiegel gecontroleerd.
- De behandelperiode wordt verlengd.

Als blijkt dat de behandeling nog steeds onvoldoende effect heeft, zijn er de volgende mogelijkheden:

- Toevoegen van een ander medicijn⁶.
- Toevoegen van een psychologische behandeling of overstappen naar een psychologische behandeling.

Als de (nieuwe) behandeling beter door een andere behandelaar kan worden vervolgd of gedaan, wordt u doorverwezen.

⁶ In deze patiëntenversie staan niet alle medicijnen beschreven. Als u een nieuw medicijn krijgt voorgeschreven omdat de eerste keuze niet werkte, krijgt u uiteraard de nodige voorlichting van uw behandelaar. U kunt daarbij navragen waarom hij een bepaald medicijn voorschrijft en hoe effectief het is.

Psychologische behandeling

Een psychologische behandeling wordt toegepast bij psychische klachten en problemen. De behandeling bestaat uit gesprekken met een deskundige behandelaar. Dat kan een gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog) zijn, die de behandeling uitvoert volgens vastgelegde stappen, of een psychotherapeut of klinisch psycholoog voor meer complexe behandelingen en psychotherapie. Ook een psychiater is bevoegd deze psychologische behandelingen uit te voeren.

In de gesprekken bespreekt u met uw behandelaar uw klachten en problemen. De behandelaar lost geen problemen voor u op, maar helpt u moeilijke situaties anders aan te pakken, pijnlijke gevoelens te verwerken of ingrijpende problemen anders te bekijken. Het doel van de psychologische behandeling is uw psychische klachten of problemen op te heffen, of zoveel te doen verminderen dat u er minder last van hebt.

Een psychologische behandeling, waaronder psychotherapie, heeft geen bijwerkingen zoals die bij medicatie kunnen voorkomen. Toch kan zo'n behandeling behoorlijk belastend zijn. Als u het moeilijk vindt om de behandeling vol te houden is het belangrijk dat met uw behandelaar te bespreken.

Psychologische behandelingen helpen u om beter met uw angst om te gaan. Afhankelijk van de diagnose en de ernst van uw klachten zal uw behandelaar medicatie en/of één van de verschillende vormen van psychologische behandeling aanraden.

Paniekmanagement

Bij paniekmanagement leert u om te gaan met paniek. U leert dat de lichamelijke reacties die bij een paniekaanval horen (blozen, trillen, bonzend hart) op zich onschuldig zijn. In kleine stapjes wordt u blootgesteld aan deze lichamelijke reacties en leert u om hier minder bang voor te zijn. U leert technieken waardoor u goed met de angstige situaties om kunt gaan, om vervolgens (stapje voor stapje) te worden geconfronteerd met datgene waar u angstig van wordt.

Paniekmanagement is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Exposure in vivo

Dit is een vorm van gedragstherapie die zich richt op het leren omgaan met angsten en paniekaanvallen en het verminderen van het vermijden van situaties waar u bang voor bent door 'exposure in vivo'. Exposure betekent 'blootstelling', in vivo betekent vrij vertaald: 'in het echt'. Dit betekent dat tijdens de behandeling welbewust de angst wordt opgezocht en u wordt geleerd om de angst te verminderen. Dat aanleren gebeurt in kleine stapjes. Als u bijvoorbeeld bang bent voor drukke winkels, gaat u eerst langs zo'n winkel lopen zonder naar binnen te gaan, kijkt u vervolgens door de deur naar binnen enzovoort. Het gaat erom dat u langzamerhand leert omgaan met waar u bang voor bent. Uiteindelijk kunt u bereiken dat u er nog maar weinig last van heeft.

Exposure in vivo is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Exposure in vivo met responspreventie

Bij een exposure behandeling is het de bedoeling dat u wordt blootgesteld aan de prikkels of situaties die uw angsten of obsessies oproepen en waarbij u geneigd bent tot het bezwerven van uw angst door het uitvoeren van dwanghandelingen en rituelen. Bij deze therapie wordt u blootgesteld aan uw angsten en tegelijkertijd wordt u verhinderd om de bijbehorende dwanghandelingen uit te voeren (responspreventie). Dit gebeurt in kleine stappen in overleg met uw behandelaar. Zo zal bijvoorbeeld iemand met smetvrees een deurknop of een trapleuning moeten aanraken (exposure), zonder vervolgens zijn handen te wassen (responspreventie). U leert ervaren dat de spanning en angst op den duur afnemen als u de dwanghandelingen en rituelen niet meer uitvoert. Exposure in vivo met responspreventie is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Cognitieve therapie

Centraal in het ontstaan van de paniekaanval blijkt het 'op de slechts mogelijke manier' interpreteren van de lichamelijke sensaties. Een versnelde hartslag wordt bijvoorbeeld beleefd als een hartinfarct. Om dit te doorbreken wordt u aangemoedigd om deze gedachten te beoordelen op realiteitswaarde (klopt het wel wat u denkt) en vervolgens bij te stellen. Het effect is dat door meer rationele of realistische gedachten over de lichamelijke sensaties de angst vermindert. Hierdoor kunt u de vicieuze cirkel waarin u steeds banger wordt voor uw eigen reacties op angst doorbreken. Cognitieve therapie is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR is een techniek die toegepast wordt om de vastgelopen verwerking van traumatische ervaringen weer op gang te helpen. Het idee is dat door het trauma de samenwerking tussen de hersenhelften verbroken is. Voor verwerking is het noodzakelijk dat de twee hersenhelften weer gaan samenwerken. Met EMDR gebeurt dit door in een hele precieze procedure de huidige voorstelling van het trauma op te roepen, terwijl beiden hersenhelften afwisselend gestimuleerd worden. Dit gebeurt door de patiënt te vragen vingerbewegingen van de therapeut met de ogen te volgen, door in een koptelefoon afwisselend tikjes aan het rechter- en linkeroor te laten horen, of door afwisselend op de linker en rechterhand te tikken (bij kinderen).

EMDR is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn bij de behandeling van posttraumatische klachten.

Applied relaxation

Dit is een methode waarbij u in verschillende stappen leert om u in moeilijke, angstaanjagende situaties te ontspannen om zo de angst de baas te worden.

U leert om vroege signalen van paniek te herkennen om deze vervolgens met eerder aangeleerde ontspanningstechnieken te beheersen.

Applied relaxation is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Aanvullende behandelingen

Een aantal behandelingen kan worden ingezet naast de reguliere behandeling. Dit zijn *zelfhulp*, *alternatieve behandelingen* en *ondersteunende behandelingen*. Daarnaast wordt er aandacht besteedt aan *arbeidstherapie* en *overige interventies*.

Zelfhulp

Zelfhulp kan bestaan uit verschillende vormen van psycho-educatie, zoals een boekje met informatie over het ontstaan, beloop en instandhouden van de aandoening, gecombineerd met oefeningen zoals ontspanningsoefeningen. Zelfhulppakketten kunnen worden aangeboden aan patiënten met een paniekstoornis (al of niet met agorafobie) en een gegeneraliseerde angststoornis. Daarbij is het advies om voor ondersteuning af en toe een afspraak met de behandelaar te hebben. Zelfhulp is wetenschappelijk vrij goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Alternatieve behandelingen

In de praktijk blijkt dat veel mensen met een angststoornis (ook) buiten het reguliere aanbod op zoek gaan naar hulp. In het alternatieve circuit zijn veel verschillende mogelijkheden. Over het effect van deze behandelingen zijn geen algemene uitspraken te doen. Uw behandelaar en ook patiëntenorganisaties kunnen u mogelijk ondersteunen om op een verantwoorde manier met alternatieve mogelijkheden om te gaan.

Als u een alternatieve behandeling overweegt of al volgt, dan is het verstandig om dit met uw behandelaar te bespreken. Het kan zijn dat uw behandelaar u meer informatie kan geven (bijvoorbeeld of de behandeling wetenschappelijk onderzocht is en wat het effect is) en het kan nodig zijn de alternatieve behandeling af te stemmen op de behandeling die u al volgt.

Het volgen van een alternatieve behandeling kan een negatief effect hebben op de reguliere behandeling. Het kan bijvoorbeeld gevaarlijk zijn bepaalde medicijnen gelijktijdig te slikken, ook als één van die medicijnen een alternatief middel is.

Ondersteunende behandelingen

Er zijn veel mogelijkheden voor ondersteunende behandelingen. Ze worden naast de gewone behandeling toegepast maar kunnen ook onafhankelijk worden ingezet, bijvoorbeeld bij een lichte angststoornis. Ondersteunende behandeling worden ook vaak gebruikt om een nieuwe periode met angstklachten te voorkomen. Van de hieronder genoemde behandelingen is bekend dat ze een positief effect kunnen hebben.

Psycho-educatie

In het begin van de behandeling is het belangrijk dat uzelf (en belangrijke naasten) concrete informatie krijgen. In de vroege behandelfase is het voor u (en uw omgeving) noodzakelijk dat er direct concrete informatie gegeven wordt over de

volgende onderwerpen: wat is een angststoornis, waar is een angststoornis aan te herkennen, bij welke behandelaar kunnen mensen met een angststoornis terecht, wat zijn de behandelmogelijkheden, wat zijn de medicamenteuze mogelijkheden, wat kunnen patiënten zelf doen en welke verdere informatiebronnen zijn er (boekenlijsten, patiëntenverenigingen, lotgenotencontact).

Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie gaat uit van de samenhang tussen psychische problemen en lichamelijke reacties. In de therapie wordt gebruik gemaakt van lichaamsbeleving en bewegingsvormen. Het doel van de therapie is het tot stand brengen van een gedragsverandering (of daaraan bijdragen) en daarmee de psychische problemen te verminderen. De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden. Psychomotorische therapie is wetenschappelijk redelijk onderzocht en biedt een bescheiden vorm van angstvermindering.

Beeldende therapie

Beeldende therapie is een vorm van creatieve therapie. Men wordt binnen beeldende therapie uitgenodigd om met materialen tot een persoonlijk werkstuk te komen. Bij angstige patiënten kan beeldende therapie een actieve vorm zijn om nieuwe ervaringen op te doen of om oude ervaringen te verwerken. Beeldende therapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar biedt in de praktijk de mogelijkheid om op non-verbale wijze bepaalde zaken te verwerken en het controlegevoel te vergroten.

Muziektherapie

Muziektherapie is een vorm van creatieve therapie. Door middel van muziek (luisteren en maken) wordt geprobeerd een aantal positieve veranderingen te bewerkstelligen op emotioneel gebied, in het gedrag, op lichamelijk gebied en op cognitief en sociaal gebied. Muziektherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar blijkt in de praktijk een bijdrage te kunnen leveren aan het leren ontspannen en de expressie van emoties.

Dramatherapie

Dramatherapie is een vorm van creatieve therapie. Door middel van spel wordt geprobeerd een aantal positieve veranderingen te bewerkstelligen op emotioneel gebied, in het gedrag, op lichamelijk gebied en op cognitief en sociaal gebied. Dramatherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar wordt wel gezien als een effectief onderdeel van de behandeling. Het wordt toegepast voor het verminderen van de gevoeligheid voor uiteenlopende angstige situaties.

Dans en bewegingstherapie

Bij dans en bewegingstherapie experimenteert u met allerlei bewegingen en dans.

Op die manier kunt u nieuwe gevoelens en ideeën ervaren en zo contact krijgen met moeilijk toegankelijke gevoelens. Het gaat om een unieke, bij u passende, manier van bewegen. Al improviserend leert u gevoelens uit te drukken en zo te communiceren met uzelf en met anderen. De danstherapeut richt zich op de relatie tussen beweging en gevoel. Het uitgangspunt is dat u door gevarieerde bewegingen gevoelsmatig beter in evenwicht komt. Daardoor zult u in staat zijn spontaner en passender te reageren op gebeurtenissen in uw dagelijks leven. Dans- en bewegingstherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar is in de praktijk bruikbaar als ondersteunende behandeling.

Netwerkondersteuning

Met ondersteuning van het netwerk wordt ondersteuning bedoeld die thuis, in de relationele sfeer geboden wordt om de behandeling zo goed mogelijk te laten aansluiten bij die thuissituatie. Het effect van de behandeling kan zo verstevigd worden en de kans op terugval is kleiner. Mensen uit uw omgeving krijgen informatie over uw klachten en de behandeling en leren hoe ze u kunnen ondersteunen bij het omgaan met uw klachten. Zonodig krijgen u en uw naasten ook praktische ondersteuning, bijv. in de vorm van gespecialiseerde gezinszorg. De effectiviteit van netwerkondersteuning is wetenschappelijk niet aangetoond. De algemene opvatting is dat de behandeling van angststoornissen ondersteund kan worden met netwerkondersteuning.

Systeemtherapie

Iedereen leeft in een systeem, een omgeving waarin allerlei sociale contacten plaatsvinden. Die sociale contacten hebben ook effect op de manier waarop u in het leven staat. Het kan zo zijn dat uw sociale omgeving een negatieve rol speelt in het omgaan met en het in stand houden van uw klachten. Vaak zijn dat helemaal geen bewuste acties en al helemaal niet negatief bedoeld maar uw omgeving kan bijvoorbeeld helemaal meegaan in uw angsten. Daardoor kan het zijn dat u steeds angstiger wordt. Bij systeemtherapie kijkt uw therapeut samen met u en de belangrijke mensen uit uw omgeving (uw systeem) hoe de relaties verbeterd of veranderd kunnen worden waardoor u juist gesteund wordt in goed omgaan met uw klachten.

Taak Concentratie Training

Mensen met sociale angsten letten erg op zichzelf in een moeilijke sociale situatie. Ze letten daarbij vaak op voor anderen zichtbare uitingen van angst, bijvoorbeeld blozen of trillen. De angst wordt hier alleen maar erger van en iemand let niet meer goed op waar hij mee bezig is en functioneert daardoor slechter. Bij Taak Concentratie Training leert u om de aandacht niet op uzelf te richten maar op wat u moet doen (de taak). Taak Concentratie Training is wetenschappelijk vrij goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Sociale vaardigheidstraining

In een sociale vaardigheidstraining is de aandacht gericht op gedrag dat in bepaal-

de sociale situaties tot problemen kan leiden. U leert hoe u zich in dergelijke situaties zo kunt gedragen dat die problemen er niet komen. Men gaat ervan uit dat het zelfvertrouwen binnen een vaardigheidstraining versterkt. De sociale vaardigheidstraining is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Supportgroepen of lotgenotencontact

Onder supportgroepen worden alle vormen van steun verstaan die mensen die dezelfde problemen hebben aan elkaar kunnen geven. Vaak wordt dit lotgenotencontact genoemd. De steun bestaat eruit dat lotgenoten samen leren en het leren van elkaar, en dat ze hun emoties en ervaringen kunnen delen. Lotgenotencontact kan in groepsverband (zelfhulpgroepen, gespreksgroepen en ontmoetingsgroepen) maar ook via één op één contacten, bijvoorbeeld door middel van telefonische hulpdiensten. Centraal staat de uitwisseling van ervaringskennis.

Arbeidstherapie

Het doel van arbeidstherapie is om mensen te begeleiden bij het houden van hun werk, het beperken van verzuim en als u geen werk heeft, het vinden van nieuw werk. Het is belangrijk dat u weer een dagindeling krijgt die past bij werken en te zorgen dat bij uzelf en bij uw werkgever inzicht komt in de mate en/of aard van uw belastbaarheid (wat kunt u wel en niet aan). Arbeidstherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar wordt in de praktijk gezien als een belangrijke aanvulling op de behandeling.

Nazorg

Bij afronding van de behandeling kan nazorg worden geboden. Doel is om u te helpen de behaalde resultaten te behouden en toe te passen in het dagelijks leven.

Overige interventies

Crisis-interventie

Een acute situatie komt vooral voor bij de paniekstoornis. Een paniekaanval ontstaat de eerste keer totaal onverwacht en leidt tot grote onrust en heftige reacties. Vaak wordt acuut hulp verleend omdat de crisis beleefd wordt als bijvoorbeeld een hartaanval. Mensen belanden dan op de eerste hulpafdeling van een ziekenhuis. De eventueel volgende paniekaanvallen kunnen iedere keer opnieuw als een crisis beleefd worden. De behandeling zal er in de eerste plaats op gericht zijn om bij volgende aanvallen adequaat te reageren. Het gaat erom dat u een oplossing zoekt die op de lange termijn werkt.

Terugvalpreventie

Om de kansen op een terugval en herhaling (na herstel) te verkleinen, verdient terugvalpreventie de aandacht. Terugvalpreventie is bijvoorbeeld om in de laatste fase van de behandeling tijdens een cognitieve gedragstherapeutische behandeling

te leren de nieuwe vaardigheden te behouden en toe te passen. Ook bij de andere psychologische behandelingen wordt terugvalpreventie aanbevolen. Als ondersteuning kan schriftelijk informatiemateriaal worden gegeven en kan worden afgesproken een aantal malen telefonisch contact te hebben met uw behandelaar.

6 DE BEHANDELAAR

Met welke behandelaars kunt u te maken krijgen?

Veel mensen gaan in eerste instantie met hun angstklachten naar de huisarts. Het kan zijn dat de huisarts vervolgens ook de behandeling uitvoert. Als een andere behandelaar geschikter is voor het uitvoeren van de behandeling, zal de huisarts u doorverwijzen. Behandelaars waar u mogelijk mee te maken krijgt zijn:

Huisarts	diagnose, bij niet ernstige klachten mogelijk ook gesprekken, behandeling of begeleiding, medicatie
Gezondheidszorgpsycholoog	diagnose, volgens vastgestelde stappen verlopende behandeling (geprotocolleerde behandeling)
Psychotherapeut/ Klinisch psycholoog	diagnose, gespecialiseerde psychologische behandelingen
Psychiater	diagnose, gespecialiseerde psychologische behandeling, medicijnen
Vaktherapeut	ondersteunende behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van creatieve expressie of beweging (zoals creatieve therapie en psycho-motorische therapie)
Verpleegkundige	begeleiding bij het omgaan met klachten, ondersteuning bij de behandeling (zoals psycho-educatie)
Maatschappelijk werker	praktische en emotionele ondersteuning

In sommige gevallen is het mogelijk dat u 2 behandelaars heeft. Zo kan het zijn dat u voor psychotherapie terechtkomt bij een psycholoog terwijl uw medicatie wordt voorgeschreven door een psychiater. Het is belangrijk voor u en uw behandelaars dat de zorg op elkaar wordt afgestemd. Het heeft de voorkeur dat zij werken vanuit één behandelplan. U kunt dit met hen bespreken.

Wat mogen u en uw behandelaar van elkaar verwachten?

Wat mag u van uw behandelaar verwachten?

U mag tenminste verwachten dat de behandelaar deskundig is. Voor bovenstaande behandelaars geldt dat ze bevoegd moeten zijn om u te mogen behandelen. Deze bevoegdheid is voor een aantal beroepen vastgelegd in een BIG-registratie (zie hoofdstuk 9). Ook mag u verwachten dat de behandelaar respectvol met u omgaat, u van de nodige informatie voorziet, u desgewenst betreft in beslissingen, u niet zonder toestemming behandelt en zorgvuldig omgaat met uw privacy (WGBO – in de volksmond: patiëntenwet, zie hoofdstuk 9). Daarnaast zijn de volgende aspecten van belang:

- Vertrouwen: het gevoel dat de behandelaar daadwerkelijk kan bijdragen aan verbetering.
- Ervaring in het behandelen van angststoornissen.
- Patiënten die al eens behandeld zijn voor een angststoornis zeggen dat het belangrijk is dat het 'klikt' tussen henzelf en de behandelaar. Of dat het geval is, is aan uzelf om te bepalen. Het kan gaan om sympathie, veiligheid, het gevoel serieus genomen te worden of het feit dat u en uw behandelaar hetzelfde doel nastreven. Om goed te behandelen moet de behandelaar weten *waarvoor* u behandeld wilt worden en *welke* behandelingen bij u passen. Dat kan alleen als het contact tussen u en uw behandelaar dusdanig is dat u zich uitgenodigd voelt vrijuit te praten over uw wensen en problemen.

Wat mag de behandelaar van u verwachten?

U bent zelf medeverantwoordelijk voor het slagen van de behandeling. Hieronder staat wat er van u verwacht wordt:

- Vragen stellen als iets onduidelijk is of als u informatie mist.
- Open zijn over uw klachten.
- Aan afspraken houden.
- Therapietrouw: de behandeling volhouden en zeker niet stoppen zonder overleg met de behandelaar.
- Als het u niet lukt de behandeling vol te houden dit bespreekbaar maken.
- Ook zelf in de gaten houden of de behandeling effect heeft.
- Eventueel huiswerk maken, bijvoorbeeld als u de opdracht krijgt een dagboek bij te houden.

U bent niet verplicht samen met uw behandelaar over de te kiezen behandeling te overleggen. Een aantal patiënten laat deze keuze graag over aan de behandelaar.

Een goede behandelaar vinden

Het vinden van een geschikte behandelaar kan via:

- De behandelaar die u al heeft (vaak: de huisarts). U kunt uw behandelaar vragen actief mee te zoeken naar een geschikte behandelaar.
- De patiëntenorganisatie
- Lotgenotencontact

- Vrienden, buren, familie e.d.

In de praktijk is het aantal keuzemogelijkheden beperkt. Er is een beperkt aantal behandelaars in de buurt, er zijn wachtlijsten, sommige verzekeringen vergoeden de zorg van een vrijgevestigde behandelaar niet. In alle gevallen heeft u wel de keuze om niet bij een behandelaar te blijven waar u geen vertrouwen in heeft. U mag van behandelaar veranderen.

Vergoedingen

Vraag voor u een behandeling start na bij uw verzekeraar welke en hoeveel hulp vergoed wordt. Vaak is er een grens aan het aantal behandelingen, ook als u nog niet vrij van klachten bent. Soms wordt maar een deel van de kosten vergoed. Sommige verzekeraars vergoeden de hulp van een vrijgevestigde behandelaar niet. De mate waarin alternatieve zorg wordt vergoed, loopt erg uiteen bij de verschillende verzekeraars.

7 OMGAAN MET EEN ANGSTSTOORNIS⁷

Realistische verwachtingen

Het kan enorm teleurstellend zijn als u met grote verwachtingen aan een behandeling begint en daar vervolgens niet aan voldaan wordt. Het kan dat de behandeling niet werkt of onvoldoende effect heeft. De bijwerkingen kunnen zwaar tegenvallen. Een toename van angst bij de start van een nieuwe behandeling komt veel voor. Maar ook zonder dat kan de behandeling buitengewoon inspannend zijn en veel energie kosten.

Vaak is de behandeling niet de oplossing voor alle problemen. (Professionele) behandelingen zijn vaak alleen gericht op de klachten terwijl het de patiënt gaat om het totale plaatje hoe het leven te leiden en in te vullen. Soms zijn patiënten zo teleurgesteld dat ze in een diep gat vallen.

Probeer om met realistische verwachtingen in een behandeling stappen. In het begin wilt u een heldere diagnose en een pasklare behandeling en de kans is groot dat de hulpverlening dat niet te bieden heeft. Dat is makkelijker te accepteren als u zich van te voren realiseert dat een behandeling kan tegenvallen en dat het een tijd kan duren voor u een passende behandeling heeft gevonden. Stel de behandeling dus niet teveel centraal in uw leven. Het gewone leven gaat door en daarin kunnen positieve en negatieve dingen gebeuren die ook effect hebben. En ook een niet werkende behandeling kan positieve effecten hebben. De ervaringsregel is: Voor iedereen werkt het anders.

Acceptatie

Acceptatie begint al bij het onderkennen dat u klachten heeft. Vaak is er in het begin een periode van ontkenning, de problemen worden ontkend terwijl mensen uit de omgeving vaak al wel zien dat er problemen zijn. Ook kunnen in het begin de problemen anders geluid worden, bijvoorbeeld dwanghandelingen benoemen als “ik ben nu eenmaal perfectionistisch”.

Kennis over de oorzaken kan de acceptatie bevorderen hoewel niet iedereen daar behoefte aan heeft. Acceptatie maakt het makkelijker de klachten in te passen in het dagelijks leven. Het geeft ook ruimte om weer de positieve dingen te zien. Dat kunnen positieve punten van uzelf zijn maar ook leuke dingen die gebeuren en de positieve punten die te halen zijn in het hele proces van omgaan met je ziekte. Acceptatie is ook de start van de bestaande situatie aanpassen en nieuw gedrag invoeren.

Wat u zelf kunt doen

Lotgenotencontact en zelfhulpboeken kunnen goed werken. Door de ervaringsdeskundigheid van anderen komt u zelf ook op ideeën en nieuwe inzichten.

⁷ Veel van deze informatie komt uit de focusgroep voor mensen met een angststoornis, de focusgroep voor familie van mensen met een depressie of angststoornis, reacties van behandelaars op de focusgroepen, de werkgroep. Het gaat hier dus niet om harde feiten maar om uitspraken van ervaringsdeskundige mensen die naar beste weten en inzicht.

Lotgenotencontact is vaak ook gewoon leuk. De bijeenkomsten kunnen heel gezellig en luchtig zijn. Lotgenotencontact en zelfhulp is goed te combineren met een professionele behandeling en is ideaal ter overbrugging als er tijdelijk door wachtlijsten of bij wisseling van behandeling verder geen hulp is.

Zelf op zoek naar informatie kan heel wat opleveren. Vooral internet is een belangrijke informatiebron. De meeste behandelaars staan er positief tegenover als u zelf informatie zoekt.

Het geven van structuur aan uw dagen werkt vaak goed. Soms biedt de behandeling structuur en anders kunt u zelf op zoek gaan iets dat extra structuur biedt, bijvoorbeeld sport, (vrijwilligers)werk, enzovoort.

Het helemaal zelf willen doen kan een reactie zijn op wachtlijsten en/of niet werkende behandelingen. Het zal per persoon verschillen hoe goed dat werkt. In de focusgroep waren hier geen positieve ervaringen mee: 'op een gegeven moment barst de bom'.

Praktisch

- De meeste hulp wordt niet onbeperkt gegeven en vergoed. Het advies van de focusgroep: ga na hoeveel hulp je kunt krijgen en ga vervolgens zorgvuldig om met uw 'behandeltijd'. Daarbij hoort ook dat een behandeling die niet werkt niet eindeloos wordt voorgezet.
- Zowel werkgevers als uitkeringsinstanties kunnen heel lastig doen. Er is niet altijd begrip als u door uw angststoornis tijdelijk niet kunt werken of geen werk kunt zoeken.

8 FAMILIE EN PARTNERS VAN MENSEN MET EEN ANGSTSTOORNIS⁸

Rol familie en partners

Vaak zijn de familie en partners goed op de hoogte van wat er aan de hand is. Het komt regelmatig voor dat zij eerder dan de patiënt signaleren dat er sprake is van ernstige problemen en dat er hulp gezocht zou moeten worden. Als de patiënt en het familielid dit willen kan het goed zijn dat ze samen naar de behandelaar gaan zodat er een completer beeld kan worden geschetst. Veel familieleden en partners willen graag ondersteuning bieden.

De patiënt is hier echter bepalend in. Zonder toestemming van de patiënt wordt de familie niet geïnformeerd en/of betrokken. De gevolgen zijn dan wel dat de familie ook minder aanknopingspunten heeft om te ondersteunen.

Het kan voorkomen dat de familie en partners zich als een soort co-therapeut opstellen (al dan niet op verzoek van patiënt en/of behandelaar). Patiënten hebben echter hun familie en partners juist nodig voor de gewone ondersteuning. Als de familie en partners zich als een therapeut opstellen, wordt de normale verhouding verstoord. En juist die normale verhouding met familie en partners is belangrijk in het herstelproces.

Steun voor familie en partners

Familie en partners hebben vaak ook behoefte aan steun. Leven met iemand die een angststoornis heeft is altijd in meer of mindere mate een psychische belasting. Vaak komen daar nog praktische taken bij die ze overnemen van de patiënt.

Vanuit de professionele zorg is steun voor de familie niet vanzelfsprekend. Sommige behandelaars hebben er een goed oog voor en bieden ook de familie ondersteuning. Dit wordt vaak erg gewaardeerd! Anderen bieden het wel aan maar het gebeurt vervolgens niet of veel te laat, weer anderen hebben alleen oog voor de patiënt. Het kan wel maar het kan een heel zoektocht zijn waar en hoe ondersteuning voor de familie wordt geboden. Mogelijkheden zijn:

- Maatschappelijk werk - vooral emotionele ondersteuning
- Thuiszorg - vooral praktische ondersteuning (door taken over te nemen)

Lotgenotencontact (samen komen met een groep lotgenoten die ook familie of partners zijn van iemand met een angststoornis) biedt emotionele ondersteuning

⁸ Veel van deze informatie komt uit de focusgroep voor mensen met een angststoornis, de focusgroep voor familie van mensen met een depressie of angststoornis, reacties van behandelaars op de focusgroepen, de werkgroep. Het gaat hier dus niet om harde feiten maar om uitspraken van ervaringsdeskundige mensen die naar beste weten en inzicht geprobeerd hebben rekening te houden met de belangen van alle mensen met een angststoornis.

en kan ook informatief zijn. Herkenning en erkenning zijn sleutelwoorden. Daarbij geeft het ruimte: sommigen noemen het zelfs een uitje. Het zijn vaak prettige en positieve avonden waar naast het bespreken van emotionele zaken ook gelachen wordt en waar je eens echt kunt praten over waar je mee zit. Een familielid noemt het 'een luchtige vorm van therapie'. Veel patiënten staan er positief tegenover als hun familie of partners naar dit soort bijeenkomsten gaat. Informatie over lotgenotencontact kunt u krijgen via de patiënten- en familieorganisaties.

Steun van familie en vrienden valt vaak tegen. Ze zien de problemen niet, ontkennen de ernst en maken opmerkingen waaruit onbegrip en onwetendheid blijkt. Als het langer duurt dan een paar weken vindt men dat je er maar eens over op moet houden. Ook werkgevers reageren vaak met onbegrip.

Voor kinderen is er ondersteuning mogelijk vanuit KOPP (kinderen van ouders met psychische problemen), een door behandelaars begeleid lotgenotencontact voor kinderen. De GGZ-instelling in de regio kan hierover informeren. Veel ouders proberen de kinderen – zeker als ze klein zijn - er buiten te houden. Dat lukt niet altijd en sommige kinderen willen dat ook niet. Het is belangrijk dat ouders alert zijn op gevolgen voor hun kinderen en hun kinderen zonodig ondersteunen. Kinderen zien en merken meer dan je als ouder denkt. Ontkenning en verbloeming (dit is niet hetzelfde als de kinderen er zoveel mogelijk buiten houden) kan leiden tot meer afstand en vervreemding. Eerlijkheid is belangrijk en maakt het op het moment zelf – en achteraf – makkelijker te accepteren. Het is belangrijk kinderen de ruimte te geven in de mate waarin ze geïnformeerd en betrokken willen zijn. Het is verstandig om daarbij niet uitgebreid achterliggende problemen met de kinderen te bespreken. Voorkomen moet worden dat het kind zich verantwoordelijk gaat voelen voor de ouderlijke problemen en zichzelf een verzorgende rol oplegt.

Tips van familie en partners voor familie en partners

- Cijfer uzelf niet helemaal weg. Familie en partners hebben de neiging er helemaal in mee te gaan. Dat is niet verstandig: voorkom dat u in een isolement raakt en houdt uw sociale contacten, stel grenzen en creëer tijd voor uzelf. Probeer ook leuke dingen te doen. De patiënt en uzelf hebben er niets aan als u het allemaal niet meer aankunt.
- Accepteer alle hulp die u kunt krijgen. Thuishulp is er bijvoorbeeld ook om de familie en partners te ontlasten.
- Verwacht niet teveel van een behandeling, schat het reëel in.
- Ga op zoek naar lotgenotencontact. Hier vindt u herkenning en krijgt u erkenning. Daardoor krijg u zelf meer ruimte.

9 PRAKTISCHE INFORMATIE

Patiënten- en familieorganisaties⁹

Via patiënten- en familieorganisaties kunt u veel informatie krijgen over uw aan-
doening en over de behandeling. Zij weten wat vanuit het patiënten- en familie-
perspectief belangrijke is. Zij zijn goed op de hoogte van wettelijke regelingen en
wat u kunt doen als u een klacht heeft. Zij organiseren zelf lotgenotencontact of
verwijzen u naar mogelijkheden voor lotgenotencontact.

Angst Dwang en Fobie stichting

Bezoek- en postadres: Hoofdstraat 122 3972 LD Driebergen

Telefoon: 0900 - 200 87 11, € 0,35 p/m

Email: info@adfstichting.nl

Homepage: www.adfstichting.nl

Openingstijden: inloopochtend do 9.30 - 11.30 uur

Telefonisch spreekuur: ma t/m vr 9.00 - 13.30 uur; ma t/m do 19.00 - 20.30 uur.

Aan de telefoon zitten ervaringsdeskundigen.

De Angst Dwang Fobie stichting is een patiëntenvereniging van en voor mensen
met angst- en dwangklachten. We werken samen met gespecialiseerde, geregis-
treerde en ervaren gedrags- en psychotherapeuten alsmede alle angstpoliklinie-
ken, over heel Nederland verspreid.

Er zijn folders en brochures beschikbaar.

NFGV - Depressie Centrum (voorheen de Depressie Stichting)

Bezoekadres: Da Costakade 45 3521 VS Utrecht

Postadres: Postbus 5103 3502 JC Utrecht

Telefoon: 0900 - 903 90 39 Info- en advieslijn, € 0,20 p/m (ma tm vr 10.00 - 16.00
uur)

030 - 297 11 97 Secretariaat

Fax: 030 - 297 11 98

Email: info@depressiecentrum.nl

Homepage: www.depressiecentrum.nl

Telefonisch spreekuur: ma t/m vr 9.00 - 17.00 uur

Het NFGV zet zich in voor mensen met een depressie en hun naasten. Het
centrum wil iedereen die, op wat voor manier dan ook met depressie te maken
heeft, zo goed mogelijk informeren over preventie, diagnostiek en behandeling van
depressies.

De doelstellingen zijn: erkenning van depressie als een ziekte, adequate voor-
lichting over depressie aan alle betrokkenen, optimale zorg en behandeling voor
mensen met een depressie. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

⁹ Voor een overzicht van alle patiënten- en familieorganisaties, zie www.npcf.nl

Stichting FobieVRienden

Postadres: Teunisbloemlaan 24 2116 TD Bentveld

Telefoon: 09.00 - 17.00 uur, werkdagen, 0252 - 518689 / 520406 paniekopvang, steun en informatie

Telefoon: 24 uur per dag, 7 dagen per week 0900 - 6161611 (€ 0.50 p/m) crisis, paniekopvang, steun, informatie, psychologisch advies en medicijninformatie/begeleiding

Homepage: www.npcf.nl/fobie.htm

De SFVR is een stichting van, voor en door (ex-)patiënten en hun familie, mensen met angsten, dwang en/of depressie. Zij biedt lotgenotencontact, voorlichting, opvang, steun, psychologische adviezen en testen. De stichting is gespecialiseerd in medicijnbegeleiding bij gebruik van moderne antidepressiva en heeft een psychologische adviesdienst, waar u met de meest uitlopende vragen over uzelf, uw klachten en psychotherapie terecht kunt. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

Stichting Labyrint - In Perspectief

Bezoekadres: Meerkoethof 40, 3582 DA Utrecht

Postadres: Postbus 12132, 3500 AC Utrecht

Telefoon: 030 - 254 68 03, secretariaat

0900 - 254 66 74 Telefonische Hulplijn, € 0,20 p/m

Email: secretariaat@labyrint-in-perspectief.nl

Homepage: www.labyrint-in-perspectief.nl

Openingstijden: ma, di, do, vr 10.00 - 12.30 uur (secretariaat)

Telefonisch spreekuur: ma t/m vr 9.00 - 12.00 uur, ma, wo, vr 13.00 - 16.00 uur, di, do 19.00 - 21.30 uur (Telefonische Hulplijn)

Stichting Labyrint / In Perspectief is een landelijke zelfhulporganisatie van en voor betrokkenen bij psychiatrische patiënten. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

Stichting Pandora

Postadres: 2e Constantijn Huygensstraat 77 1054 CS Amsterdam

Telefoon: 020 - 685 11 71 bureau

0900 - 612 09 09 Pandora Depressielijn

Fax: 020 - 612 36 99

Email: informatie_advieslijn@stichtingpandora.nl en depressielijn@stichtingpandora.nl

Homepage: www.stichtingpandora.nl en www.zogeknogriet.nl

Openingstijden: ma t/m vr 9.00 - 17.30

Telefonisch spreekuur: Pandora Informatie- & Advieslijn, ma t/m do 10.00 - 16.30, Pandora Depressielijn ma t/m do 19.00 - 21.00 uur

De stichting wil de maatschappelijke positie van (ex-)psychiatrische patiënten verbeteren. Het uitgangspunt bij haar werkzaamheden is het cliëntenperspectief. De Pandora-depressielijn biedt lotgenotencontact. Aan de telefoon zitten mensen die zelf een depressie hebben meegemaakt. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

Boeken

Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij angststoornissen: een inventarisatie van ervaringskennis ten behoeve van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn angststoornissen / C. van der Veen; A. Wieman; A. Eland, Utrecht, Trimbos-instituut, 2002.

Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij depressie: Een inventarisatie van ervaringskennis ten behoeve van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn depressie / A. Eland; G. Franx; A. Wieman, Utrecht, Trimbos-instituut 2001.

Via de Stichting September zijn zorgboeken beschikbaar over diverse onderwerpen, zoals:

- Zorgboek Angst, Fobie en Paniek, Amsterdam, Stichting September 2003
- Zorgboek Dwang, Amsterdam 2003
- Zelfzorgboek depressie, Amsterdam 2003
- Deze boeken zijn verkrijgbaar bij de apotheek of online via www.boekenoverzichten.nl

Richtlijnen

Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht, Trimbos-instituut, 2003.

Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Samenvatting. Utrecht, Trimbos-instituut, 2003.

Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Samenvatting. Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

De multidisciplinaire richtlijnen zijn te downloaden via: www.ggzrichtlijnen.nl

Wetgeving

WGBO (zie ook www.minvws.nl)

De WGBO regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener en legt hun rechten en plichten vast. De rechten van de patiënt zijn de plichten voor de hulpverlener.

Recht op informatie

De hulpverlener vertelt de patiënt duidelijk wat er aan de hand is, welke behandeling nodig is en of daaraan risico's zijn verbonden. Eventueel wijst de hulpverlener op alternatieven. Met deze informatie kan de patiënt weloverwogen beslissen over de behandeling.

Toestemmingsvereiste

De hulpverlener mag de patiënt alleen behandelen als deze toestemming geeft. Vaak gaan hulpverleners stilzwijgend van toestemming uit. Bij ingrijpende behandelingen wordt uitdrukkelijk om toestemming gevraagd. In acute situaties, als de patiënt buiten kennis is, hoeft de hulpverlener geen toestemming van de patiënt af te wachten.

Inzage in het medisch dossier

De patiënt heeft recht op inzage in zijn medisch dossier; hij mag ook een kopie vragen. Alleen hijzelf en de hulpverleners die hem behandelen mogen het dossier inzien. Als de patiënt het niet eens is met de inhoud, kan hij de hulpverlener verzoeken om deze aan te passen of een eigen verklaring toevoegen.

Privacy

Het medisch dossier en de gesprekken tussen patiënt en hulpverlener zijn vertrouwelijk. Alleen personen die bij de behandeling zijn betrokken zijn op de hoogte.

Vertegenwoordiging

Als de patiënt niet in staat is om zelf te beslissen (bijvoorbeeld wegens dementie of coma), kan hij zich door een ander laten vertegenwoordigen. Dat kan een officieel benoemde curator zijn, of een familielid of partner. Deze vertegenwoordiger besluit in het belang van de patiënt. In een wilsverklaring kunnen patiënten hun wensen vastleggen om niet behandeld te worden, voor het geval ze zelf niet meer kunnen beslissen. Bij kinderen tot twaalf jaar beslissen de ouders of voogd, kinderen tussen twaalf en zestien jaar moeten samen met hun ouders/voogd toestemmen in behandeling. Boven de zestien jaar kunnen mensen zelfstandig beslissen.

Plichten van de patiënt

De patiënt moet de hulpverlener duidelijk en volledig informeren en de hulpverlener betalen voor zijn diensten.

Wet BIG (zie ook www.minvws.nl)

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg bevat regels voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren. De Wet BIG richt zich op de kwaliteit van de beroepsbeoefening en bescherming van de patiënt. BIG is een kaderwet, die alleen de grote lijnen aangeeft. Een belangrijk onderdeel van de wet vormt de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen. Deze regeling geeft aan onder welke voorwaarden dergelijke handelingen, zoals injecties en catherisaties, mogen worden uitgevoerd.

Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector

Op grond van deze wet is elke instelling verplicht een klachtencommissie te hebben. Als u een klacht heeft, kunt u bij deze commissie uw klacht indienen.

Steun bij het indienen van een klacht

Voor steun of advies bij het indienen van een klacht kunt u zich wenden tot een Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG). Er zijn 27 IKG's in Nederland. Een IKG kan u bijvoorbeeld helpen uw klacht goed te formuleren of met het schrijven van een brief. Het adres van een IKG bij u in de buurt kunt u krijgen via het Landelijk Informatiepunt voor Patiënten (LIP), telefoon: 030 – 266 16 61 (tijdens kantooruren), homepage: www.sokg.nl, email: lip@sokg.nl.

Patiënten- en familieorganisaties kunnen vaak ook behulpzaam zijn bij het indienen van een klacht.

Adressen beroepsverenigingen

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)
 Postbus 3135
 3502 GC UTRECHT
secretariaat@fvggz.nl
www.fvggz.nl

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
 Postbus 3231
 3502 GE UTRECHT
info@nhg-nl.org
www.nhg-nl.org

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
 Postbus 9921
 1006 AP AMSTERDAM
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
 Postbus 20062
 3502 LB UTRECHT
nvvp@xs4all.nl
www.nvvp.net

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
 Maliebaan 50 B
 3581 CS UTRECHT
nvpst@euronet.nl
www.psychotherapie.nl

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Postbus 1594
5602 BN EINDHOVEN
nvab@planet.nl
www.nvab-online.nl

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)
Leidseweg 80
3531 BE UTRECHT
maatswk@nvmw.org
www.nvmw.org

Phorza Beroepsorganisatie van professionals in sociale, (ortho)pedagogische en
hulpverlenende functies (voorheen NVSPH)
Postbus 257
1000 AG AMSTERDAM
kantoor@phorza.nl
www.phorza.nl

Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT)
Fivelingo 253
3524 BN UTRECHT
info@creativetherapie.nl
www.creativetherapie.nl

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)
Fivelingo 253
3524 BN UTRECHT
info@nvpmt.nl
www.nvpmt.nl

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)
Postbus 30460
2500 GL DEN HAAG
nvza@knmp.nl
www.nvza.nl

BIJLAGE I

WERKGROEP SAMEN BESLISSEN

Deze patiëntenversie is ontwikkeld door de werkgroep Samen Beslissen

dhr. dr. mr. F. Dekkers, onafhankelijk voorzitter

dhr. dr. S. Colijn, psychotherapeut

mw. drs. A. van Geleuken, NFGV-Depressie Centrum

mw. dr. M. Grol, huisarts

mw. M. Mannak Bouman, Stichting Labyrint/In Perspectief

mw. M. van der Linden, Angst Dwang en Fobie stichting

mw. drs. M. K. Taams, Stichting FobieVRienden

dhr. drs. T. Vriens, Stichting Pandora

mw. drs. E. Fischer, Trimbos-instituut

dhr. dr. L. Henkelman, Trimbos-instituut

mw. drs. K. Hofstra, Trimbos-instituut

Met medewerking van

De focusgroep patiënten met een angststoornis

De focusgroep patiënten met een depressie

De focusgroep familie/partner patiënten met een depressie of angststoornis

De focusgroep behandelaars

De klankbordgroep 'Samen Beslissen'

Begeleiding/advies

Angst Dwang en Fobie stichting

Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie

Stichting FobieVRienden

NFGV – Depressie Centrum

Stichting Labyrint/In perspectief

Stichting Pandora

mw. drs. G. Franx, Trimbos-instituut

dhr. prof. dr. J. Swinkels, Trimbos-instituut

BIJLAGE 2

INFORMATIE OVER DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN EN DE PATIËNTENVERSIES

Multidisciplinaire richtlijnen

In Nederland worden sinds 2001 landelijke richtlijnen voor de geestelijke gezondheidszorg gemaakt. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van behandelaars en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming.

Deze richtlijnen worden ontwikkeld door behandelaars die afgevaardigd zijn door hun beroepsvereniging en door leden van patiënten- en familieorganisaties, zij vormen samen de richtlijnwerkgroep. Deze richtlijnwerkgroep inventariseert welke knelpunten, onduidelijkheden en controversies ervaren worden in de praktijk rondom een bepaalde stoornis, deze knelpunten kunnen zowel door de behandelaars als patiënten ervaren worden. De knelpunten worden omgezet in zogenaamde uitgangsvragen, dat zijn vragen waarop de richtlijn een antwoord wil geven. Vervolgens wordt er gezocht naar wetenschappelijk onderzoek dat een antwoord op deze vragen kan geven. Alleen wetenschappelijk onderzoek is veelal niet voldoende om een bruikbare aanbeveling voor de praktijk te formuleren. De richtlijnwerkgroep probeert daarom de vertaalslag te maken van wetenschap naar praktijk door ook te kijken naar het perspectief van de patiënt, de veiligheid, de beschikbaarheid van voorzieningen, de zorgorganisatie etc. etc.

Richtlijnen worden zoals gezegd ook voor patiënten ontwikkeld omdat steeds meer mensen het uitgangspunt onderschrijven dat patiënten over dezelfde wetenschappelijke kennis dienen te beschikken als behandelaars. Met deze kennis zouden zij beter in staat zijn een eigen afweging te maken, te overleggen met hun behandelaar en de voor hen benodigde hulp te vragen. Hoewel patiënten en hun omgeving betrokken worden bij de ontwikkeling van richtlijnen zijn de definitieve teksten van de richtlijnwerkgroepen meestal ongeschikt voor verspreiding onder grote groepen patiënten. Ze zijn te medisch-technisch opgesteld, te omvangrijk, gebruiken de taal van de behandelaars, gaan overwegend uit van onderzoeksgegevens en niet van de dagelijkse praktijk en geven nauwelijks informatie over ervaringen van patiënten en andere aspecten die van belang zijn bij het nemen van beslissingen. De aanbevelingen uit de richtlijn behoeven een vertaling, toevoeging van aanvullende informatie en een dusdanige presentatie dat patiënten ze kunnen gebruiken in hun eigen individuele context en de kennis uit de richtlijnen als onderhandelingskader tussen patiënt en behandelaar kunnen dienen. De patiëntversies van de richtlijnen hebben dan ook tot doel de richtlijnen geschikt te maken voor gebruik door patiënten en hun omgeving.

Patiëntenversies van de multidisciplinaire richtlijnen

Een patiëntversie is een voor patiënten en familie toegankelijk gemaakte vertaling van de multidisciplinaire richtlijn, aangevuld met andere, voor patiënten belangrijke informatie, die niet of in onvoldoende mate in de multidisciplinaire richtlijn is opgenomen. Daarbij gaat het om:

- Een vertaling van medisch-technische behandeladviezen uit de multidisciplinaire richtlijn in begrijpelijke taal,
- Een uitwerking van globale opmerkingen uit de multidisciplinaire richtlijn over het patiëntperspectief,
- Een aanvulling betreffende zaken die bewust minder aandacht kregen in de moederrichtlijn omdat die niet passend waren, maar die patiënten wel belangrijk vinden, zoals individuele ervaringen en mogelijkheden van ondersteuning via de patiënten- en familieorganisaties.

De werkwijze is zoveel mogelijk afgestemd op de werkwijze die gehanteerd wordt bij de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Er is een werkgroep samengesteld bestaande uit vertegenwoordigers van patiënten- en familieorganisaties, behandelaars, adviseurs vanuit het Trimbos-instituut en een onafhankelijk voorzitter. Er zijn uitgangsvragen geformuleerd, hiervoor is gekeken naar de uitgangsvragen die in de multidisciplinaire richtlijn behandeld zijn en patiënten, familie en behandelaars hebben, middels focusgroepbijeenkomsten, aangegeven wat zij belangrijke informatie voor in de patiëntenversie vinden. Deze inventarisatie heeft geleid tot een aantal uitgangsvragen die in de patiëntenversie beantwoord zijn. Deze antwoorden zijn gebaseerd op literatuur en aansluitende meningsvorming. De conceptversies van de patiëntenversies zijn tweemaal beoordeeld door een klankbordgroep, bestaand uit een brede kring van betrokkenen.



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Deze patiëntenversie komt voort uit de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Dit boekje wil patiënten en hun omgeving objectief en volledig inlichten over de mogelijkheden, effecten en gevolgen van de hulpverlening. Ook kunnen zij hiermee, samen met hun hulpverlener en op basis van gelijkwaardige communicatie, kiezen voor hulp die past bij hun persoonlijke omstandigheden en doelstellingen.

Met deze patiëntenversie hebben patiënten en familie toegang tot beschikbare wetenschappelijke kennis, de ervaringskennis van andere patiënten en de praktijkkennis van hulpverleners.

In deze patiëntenversie van de Richtlijn Angststoornissen komt aan de orde wat een angststoornis is, welke angststoornissen er zijn, hoe een angststoornis wordt vastgesteld en kan worden behandeld. Verder wordt beschreven hoe patiënt en behandelaar samen kunnen vaststellen wat de beste en meest passende zorg is.

Tot slot geeft dit boekje informatie hoe om te gaan met een angststoornis, zowel door patiënten als door familieleden. Het boekje sluit af met praktische informatie over relevante (patiënten)organisaties, boeken, adressen en wetgeving.

Deze patiëntenversie is gebaseerd op de Richtlijn. In deze Richtlijn zijn de laatste wetenschappelijke inzichten verwerkt. Van de Richtlijn is ook een samenvatting verkrijgbaar.

De informatie is aangevuld met relevante patiënteninformatie, die naar voren is gebracht in de werkgroep *Samen beslissen* en de focusgroepen *Patiënten met een angststoornis*, *Familie/partner patiënten met een angststoornis*, en *Behandelaars*.

Postbus 725
3500 AS Utrecht
T (030) 297 11 00
F (030) 297 11 11
www.trimbos.nl

Trimbos-
instituut
*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*

