**Abstracts**

Samenvatting van de voordrachten

**Gegeneraliseerde angststoornis: overbezorgd zijn!**

Patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis zijn eigenlijk altijd en overal bang. Zij maken zich voortdurend zorgen over hun werk, hun naasten, de financiën, de samenleving, enzovoort. Omdat er een grijs gebied is tussen gerechtvaardigde bezorgdheid en ziekelijk piekeren, wordt een gegeneraliseerde angststoornis bij veel mensen niet als zodanig herkend. In een samenleving waarin alles controleerbaar moet zijn en goed moet gaan, is het immers niet vreemd dat mensen een beetje bang worden wanneer ze de grip verliezen. Toch is het zonde wanneer we het niet in de gaten hebben wanneer iemand hierin doorslaat. Piekeren kost immers veel tijd en energie en brengt vaak andere klachten met zich mee, zoals rusteloosheid, concentratieproblemen, oververmoeidheid, prikkelbaarheid en slaapproblemen. Deze voordracht gaat over het herkennen van een gegeneraliseerde angststoornis en het leren doorbreken van irrationele gedachtenpatronen.

**Sociale angststoornis: wat zullen ze wel niet van mij denken!**

Bij mensen die lijden aan een sociale angststoornis (ook wel sociale fobie genoemd), is het beeld dat anderen van ons (zouden kunnen) hebben, een bron van angst. De gedachte alleen al aan etentjes, feestjes of presentaties voor een groep mensen, brengt sommige mensen volledig in paniek. Het idee dat anderen slecht over ze denken, of achter hun rug om onaardig over ze praten, geeft ze hartkloppingen of benauwdheidsklachten, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat: de klachten vergroten de angst, waardoor sociale gelegenheden zoveel mogelijk worden vermeden. Hoe ontstaat zo’n sociale angststoornis? Met welke klachten meldt een patiënt zich bij ons in de praktijk?

Wanneer spreken we van een ziekte? En wat kunt u doen om iemand met een sociale fobie te helpen?

**Angst en dwang**

In de meeste gevallen is het ervaren van angst heel normaal en zelfs gezond. Angst stimuleert ons om onszelf te beschermen in bedreigende of gevaarlijke situaties. Sommige mensen zijn echter ook bang zonder dat er een gevaar dreigt; wanneer ze een plein over moeten steken bijvoorbeeld, of iemand een hand moeten geven. Om hun angst de baas te kunnen blijven, voeren ze dwangmatig bepaalde rituelen uit. Dat kan zo ver gaan, dat het hun dagelijks functioneren in de weg staat. Waar komt dit gedrag vandaan? Wat kunt u doen om iemand met onterechte angstgevoelens en de daarbij horende dwanghandelingen te helpen om dit patroon te doorbreken?

**(Geen) paniek!**

Wanneer iemand last heeft van een paniekaanval, zorgt dat voor een acute situatie die niet alleen veel stress veroorzaakt bij de patiënt, maar ook bij zijn naasten. Ook zorgverleners in de eerste lijn krijgen vaak te maken met de druk die de zorg voor iemand met een paniekaanval met zich meebrengt. Hoe kunnen we als huisarts en POH-GGZ een patiënt met een paniekaanval het beste helpen? Welke therapieën bestaan er die patiënten met paniekaanvallen helpen om zo’n angstige situatie te voorkomen? Welke medicijnen kunnen eventueel worden ingezet? En wanneer is er sprake van een paniekstoornis?

**Angst en depressie**

Angststoornissen en depressies gaan vaak hand in hand. Wanneer iemand lijdt aan zowel een angststoornis als een depressie, zijn klachten meestal ernstiger en moeilijker te behandelen dan wanneer iemand alleen last heeft van een angststoornis. Klachten worden in het eerste geval vaker chronisch, het herstel verloopt langzamer, het risico op terugkeer van de klachten is groter en de patiënt heeft een grotere kans op psychosociale beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven. De combinatie van een angststoornis en een depressie leidt bovendien vaker tot een psychiatrische opname of een suïcidepoging. Door de overlap van symptomen kan de aanwezigheid van de ene stoornis de andere maskeren. Het is dus erg belangrijk dat u deze aandoeningen voldoende van elkaar weet te onderscheiden en kernproblemen leert herkennen, zodat een bijpassende behandeling ingezet kan worden.

**Angst na trauma**

Wanneer iemand een schokkende gebeurtenis heeft meegemaakt, kan hij last krijgen van herbelevingen, prikkelbaarheid, angstgevoelens of nachtmerries. Soms treden de klachten meteen op (acute stressstoornis), soms pas na weken, maanden of zelfs jaren (PTSS). De drempel om hiermee aan te kloppen bij de huisarts is hoog. En als zij uiteindelijk naar de huisarts gaan, melden zij het trauma vaak niet als oorzaak van de klachten. Het is daarom van belang dat u een trauma en daaruit voortkomende klachten leert herkennen. En weet welke

behandelingen er mogelijk zijn, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Hoe effectief is EMDR bijvoorbeeld? En hoe werkt de Memrec behandeling van professor Merel Kindt bij PTSS precies? Welke indicaties zijn er voor deze gespecialiseerde behandelingen?

**Medicatie bij patiënten met een angststoornis**

Wanneer psychologische interventies onvoldoende effect hebben kan het een goed idee zijn om medicatie te starten bij patiënten met een angststoornis. Patiënten hebben behoefte aan meer begeleiding bij het starten en stoppen van medicatie dan nu vaak gegeven wordt. Ook blijkt dat het afbouwen van medicatie voor veel mensen minder eenvoudig is dan jaren is gedacht. Dit jaar zijn de NHG standaarden Angst en Depressie gedeeltelijk herzien op onder andere het afbouwen van SSRI’s bij volwassenen. Tijdens deze voordracht krijg je niet alleen praktische handvatten hoe je patiënten kunt begeleiden in dit proces, maar wordt ook stil gestaan hoe je de patiënt kan helpen om een weloverwogen keuze te maken over het wel of niet stoppen van medicatie op basis van recent wetenschappelijk onderzoek.

Leerdoelen:

* Deelnemers zijn op de hoogte van de diagnostische criteria van GAS en SA
* Deelnemers kunnen GAS en SA herkennen in de klinische praktijk
* Deelnemers zijn op de hoogte van de richtlijnbehandeling voor beide klachtenbeelden
* Deelnemers hebben kennis van enkele interventies die al in de huisartspraktijk toegepast kunnen worden
* Kennis van hoe dwanghandelingen ontstaan
* Weten hoe je irrationele gedachtenpatronen bij de patiënt kunt doorbreken
* Hoe te handelen bij acute paniekaanval en wat patiënten kunnen doen om aanval in de toekomst te voorkomen
* Deelnemers zijn op de hoogte van verwijsmogelijkheden
* Weten hoe hoog de comorbiditeit tussen depressie en angststoornissen is
* Weten wat de impact is van comorbiditeit op beloop
* Realiseren wat comorbiditeit betekent voor de klinische praktijk
* Trauma leren herkennen
* Kennis over behandelmogelijkheden bij trauma zoals EMDR
* Kennis over het gebruik en het afbouwen van medicatie bij angst

Sprekers:

* Annoek van der Gouw, kaderhuisarts GGZ, OCE Nijmegen.
* Carolien Wentink, psycholoog bij angststoornissen en onderzoeker op het gebied van afbouw van antidepressiva.
* Prof. dr. Colin van der Heiden (bijzonder hoogleraar Klinische Psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam)
* Merel Kindt, Hoogleraar Experimentele Klinische Psychologie
* Leonie Bakker, GZ-psycholoog gespecialiseerd in de behandeling van angststoornissen
* Neeltje Batelaan is als psychiater werkzaam op de topklinische, academische polikliniek voor angst- en dwangstoornissen van GGZ inGeest.

Gebruik van bronnen:

* G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten (boek 1, pp. 245-290) Amsterdam: Boom Uitgeverij.
* Trimbos Instituut (2013). Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (3e revisie, 2013)
* Heiden, C. van der (2015). Angststoornissen. In: H.T. van der Molen, E. Simon, & J. van Lankveld (red.), Klinische Psychologie: Theorieën en psychopathologie (pp. 237-264). Groningen/Houten: Wolters Noordhoff.
* Gegevens van de Nederlandse Studie naar depressie en angst (www.nesda.nl)