



Diagnostiek en behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis

In dit artikel wordt het klinisch redeneerproces beschreven dat gevolgd is in de behandeling van een 77-jarige vrouw die sinds vijf jaar in behandeling is bij de generalistische basis GGZ vanwege een depressieve stoornis. Na intake bij de specialistische GGZ wordt duidelijk dat er sprake is van een gegeneraliseerde angststoornis. Dit artikel laat tevens zien dat door de toepassing van gepersonaliseerde diagnostiek volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health, de ICF,¹ inzicht kan worden verschaft in het functioneren van mevrouw Kuipers, ten aanzien van haar klachten en haar krachten. Dit voorziet in een betere aansluiting op de zorgbehoeften en betere behandeluitkomsten.

MIRJAM DE WAL, verpleegkundige in opleiding tot specialist, GGZ Friesland

SITA ROORDA, verpleegkundig specialist GGZ Friesland

DR. NYNKE BOONSTRA, (opleider) verpleegkundig specialist bij GGZ Friesland en lector Zorg & Innovatie in de psychiatrie aan de NHL Hogeschool

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet/kunt u:

- hoe van anamnese gekomen wordt tot gepersonaliseerde diagnostiek;
- hoe van gepersonaliseerde diagnostiek gekomen wordt tot een multidisciplinair behandelplan;
- hoe een behandelplan geëvalueerd wordt;
- wat de rol is van een verpleegkundige en een verpleegkundig specialist in de diagnostiek en behandeling van een oudere patiënt met een gegeneraliseerde angststoornis;
- als verpleegkundig specialist aangeven welke SSRI op basis van wetenschappelijke evidentie het beste kan worden ingezet in de behandeling van een oudere met een gegeneraliseerde angststoornis.

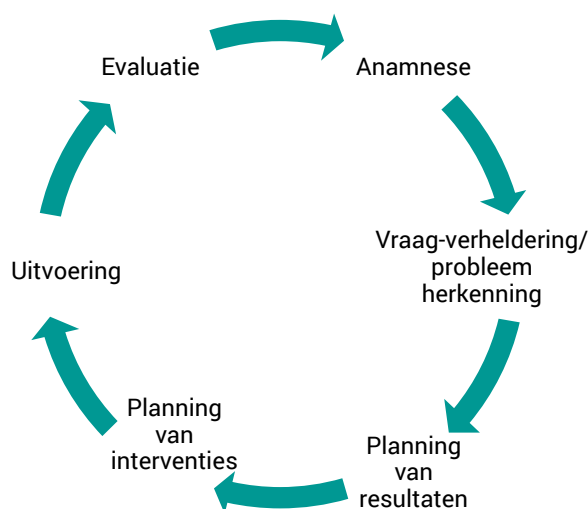
TREFWOORDEN

ouderen, gegeneraliseerde angststoornis, klinisch redeneren, diagnostiek, behandelplan, interventies

1 STUDIEPUNT

Casus Mevrouw Kuipers

Mevrouw Kuipers is een 77-jarige vrouw, weduwe en woont alleen. Zij heeft twee zonen en een dochter. Zij werd verwezen vanuit de generalistische basis GGZ, waar zij werd behandeld volgens de richtlijn *Depressie bij ouderen*. Vanwege een recidiverend klachtenpatroon en toena-



Figuur 1 Cirkel van klinisch redeneren.

me van suïcidaliteit werd ambulante behandeling ontoereikend. Zij wordt verwezen voor stabilisatie van het psychiatrisch toestandsbeeld. De verpleegkundig specialist GGZ wordt geconsulteerd voor nadere diagnostiek en het uitzetten van passend behandelbeleid.

Anamnese/ verpleegkundig onderzoek

Mevrouw Kuipers beleeft momenteel geen plezier meer, heeft interesseverlies, voelt zich waardeloos, piekert veel en slaapt slecht en onregelmatig. Zij vertelt dat zij al geduren-

de haar hele leven kampt met depressieve gevoelens, waarbij zij belastende jeugdervaringen als oorzakelijk ervaart. Door de ervaringen in haar jeugd, een afstandelijke en kritische opvoeding, vertelt zij timide te zijn geworden en zichzelf daardoor nooit op de voorgrond heeft durven zetten. Dit patroon heeft zich doorgezet in de rest van haar leven, waardoor ze het gevoel heeft gehad nooit veel invloed te hebben gehad op de keuzes die ze in haar leven heeft gemaakt. Zij maakte keuzes onder invloed van de meningen van anderen. Daarnaast heeft zij zich altijd veel zorgen gemaakt. Haar stemmingsklachten, die zich uiten als geen perspectief meer ervaren en zich waardeloos voelen, zijn sinds het overlijden van haar echtgenoot en moeten verkopen van het huis verergerd. Daarnaast heeft zij toenemende zorgen over haar kwetsbare zoon (autisme), die in het huis is gaan wonen waar haar echtgenoot in woonde. Ze vertelt onrustig te slapen en heeft na de slaap het gevoel onvoldoende te zijn uitgerust. Daarnaast heeft ze last van een terugkerend negatief en op zorgen georiënteerd gedachtepatroon, waardoor ze spanning en angstklachten ervaart. Ook benoemt ze fluctuerende suïcidale ideaties te hebben, die echter niet leiden tot actieve plannen. Mevrouw geeft aan worstelend door het leven te gaan, maar staat ambivalent tegenover deeltijdbehandeling en heeft de neiging zich vermijnd op te stellen. Haar dochter is een belangrijke motiverende factor, aangezien zij de toestand van haar moeder zorgelijk vindt en haar graag ondersteunt.

PSYCHIATRISCH ONDERZOEK²

Eerste indrukken

Zij is een lichamelijk gezond en verzorgd ogende 77-jarige vrouw, leeftijd conform uiterlijk en kalenderleeftijd, contactname is aarzelend en ontwijkend, er ontstaat geen contactgroei. Zij maakt oogcontact, maar kijkt ook regelmatig weg, klachtenpresentatie is behoudend. Zij roept medeleven op bij de onderzoeker.

Cognitieve functies

Aandacht is goed te trekken en redelijk te behouden, het bewustzijn is helder, oriëntatie in trias bij onderzoek ongestoord. Zij heeft ziekte-inzicht en -besef. De intelligentie wordt normaal gemiddeld geschat. Het denken is geremd, inhoud van denken is zorgelijk over verschillende zaken.

Affectieve functies

Stemming imponeert als somber, affect is timide en vervlakt. Er zijn buikpijnklachten.

Conatieve functies

De psychomotoriek is vertraagd, de mimiek gering, er is sprake van initiatiefverlies en sociale teruggetrokkenheid. Er zijn passieve suïcidale ideaties, geen actieve plannen.

Persoonlijkheid en copingstijl

Op het moment van onderzoek zijn persoonlijkheidskenmerken onvoldoende te bepalen. In correspondentie van de huisarts wordt gesproken van vermijdende persoonlijkheidskenmerken. De copingstijl op het moment van het onderzoek is licht ontwijkend en terughoudend.

De betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek is redelijk, omdat de dochter bevestigt en aanvult.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Somatisch onderzoek is recent uitgevoerd door de huisarts. Er zijn geen somatische bijzonderheden vanuit de voorgeschiedenis of van de huisarts.

VASTSTELLEN VAN ACTUEEL/ POTENTIEEL VERPLEEGPROBLEEM

Om tot gepersonaliseerde diagnostiek met daarmee samenhangende behandeling te komen, kan de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) worden toegepast.¹ De ICF is een gezondheidsmodel op basis van een classificatiesysteem dat is ontwikkeld door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Met behulp van het gezondheidsmodel van de ICF worden het menselijk functioneren en problemen die daarin optreden op basis van drie perspectieven beschreven:

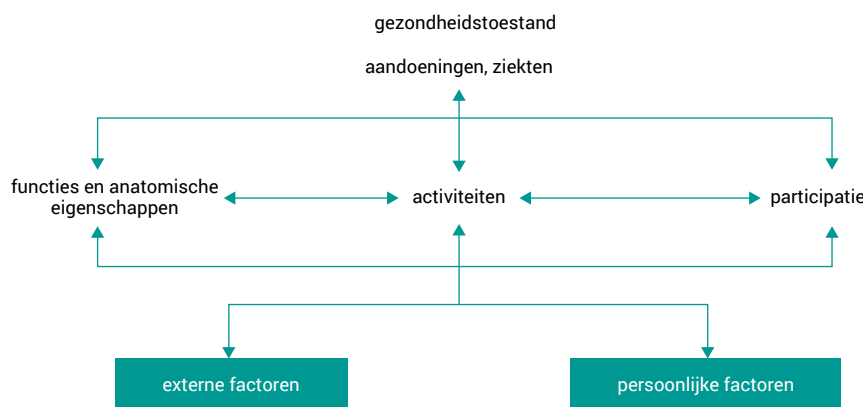
1. het perspectief van het lichaam (functies en anatomische eigenschappen);
2. het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten);
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie).

Tevens worden belemmerende en bevorderende externe en persoonlijke factoren in kaart gebracht. Op basis van dit gezondheidsmodel wordt het functioneren van de patiënt in kaart gebracht, waarbij zowel wordt gekeken naar iemands klachten als naar iemands krachten.

Gepersonaliseerde diagnostiek volgens de ICF¹

Het betreft een 77-jarige weduwe met een psychiatrische voorgeschiedenis sinds 2007, die wordt aangemeld voor gestructureerde dagbehandeling vanuit de generalistische basis GGZ in verband met stemmingsklachten en suïcidaliteit. Luxerende factor is het overlijden van haar echtgenoot een jaar geleden. Zij ervaart een ernstige stoornis in haar stemming, wat zich uit in hevige angst, faalangst onzekerheid, spanning en overmatig piekeren. Zij kampt al gedurende haar gehele leven met sombere gevoelens. Zij ervaart een verstoring in haar slaapkwaliteit, zich uitend in licht slapen en een laag energieniveau gedurende de dag.

Daarnaast is er sprake van een matige stoornis in het



Figuur 2 ICF-model¹.

denken als het gaat om fluctuerende suïcidale ideaties, die echter niet leiden tot actieve plannen. Deze psychiatrische kwetsbaarheden leiden tot volledige beperkingen in omgaan met stress, tussenmenselijke relaties en recreatie en vrije tijd. Dit uit zich als het terugtrekken uit en vermijden van sociale situaties, het niet actief hulp vragen, geen contacten met kennissen en vrienden en het niet meer zwemmen bij de zwemclub.

Aanzienlijk ondersteunende externe factoren zijn contacten met haar kinderen, in het bijzonder met haar dochter. Belemmerende externe factoren zijn het overlijden van haar echtgenoot in 2015, verkoop eigen woning en zorgen over kwetsbare zoon. De belastbare jeugdervaringen zijn een persoonlijke factor die veel impact heeft op haar kwaliteit van leven. Mevrouw Kuipers omschrijft zichzelf als perfectionistisch en zorgzaam en heeft een laag zelfbeeld. Patiënt geeft aan worstelend door het leven te gaan. Ze wil graag beter worden en dat het leven iets gemakkelijker wordt.

Verpleegkundig-diagnostisch is er sprake van vrees, gebrek aan welbevinden, ineffectieve coping en bereidheid tot verbetering van het persoonlijke gezondheidsmanagement.⁴

Categoriale diagnostiek volgens de DSM-IV³

Differentiaaldiagnostiek is onderzocht. Er is sprake van een gegeneraliseerde angststoornis (DSM-IV 300.02), aangezien er sprake is van bezorgdheid die angstig gekleurd is en daarmee samenhangende lichamelijke klachten. De comorbide depressieve verschijnselen worden als secundair beschouwd aan de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en worden hiermee niet apart geclassificeerd. Diagnose op as II is uitgesteld, vanwege vermoeden van PTSS. Er is geen diagnose op as III. Op as IV is er sprake van problemen met de sociale omgeving. Op as V is er een GAF-score van 50.

DE ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE EN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ

De verpleegkundige heeft als casemanager een coördinerende rol in de uitvoering van het behandelplan. Het behandelprogramma op de dagbehandeling wordt door de casemanager samen met mevrouw Kuipers samengesteld. De vijf geformuleerde hulpvragen worden hierbij als uitgangspunt genomen. Daarnaast wordt er een signaleringsplan gemaakt om meer grip te krijgen op persoonlijke stressoren en bewust te worden van beschermende acties om een persoonlijke crisis te kunnen voorkomen. De dochter wordt actief bij de behandeling betrokken door haar telefonisch op de hoogte te houden over de voortgang. De dochter krijgt ruimte voor het bespreken van bevindingen vanuit de familie en het stellen van vragen.

Nadat multidisciplinair diagnostiek is uitgevoerd, wordt in de behandeling door de VS GGZ als (regie)behandelaar de focus gelegd op het opbouwen van een goede behandelrelatie. De VS GGZ volgt mevrouw Kuipers in haar wensen en heeft aandacht voor de suïcidaliteit. In de verschillende gesprekken wordt de mate van suïcidaliteit steeds opnieuw ingeschat en wordt afhankelijk van de mate van ernst beleid bepaald. Om het persoonlijk inzicht te vergroten, is met behulp van individuele gesprekken geprobeerd de huidige problemen in de context van het persoonlijke leven te plaatsten. Verder is er psycho-educatie gegeven over de gediagnosticeerde stoornissen. Na een aantal weken werd mevrouw Kuipers minder gespannen. De punten in het behandelplan werden per keer besproken en uitgewerkt in concrete stappen. Zo is systematisch gewerkt aan de vijf hulpvragen. In de tweede helft van de behandeling is er gekozen voor intensievere psychologische behandeling, aangezien zij weerstand houdt tegen verdere medicamenteuze behandeling. In de ZAG worden met de betrokken partijen bevindingen vanuit de behandeling besproken om vervolgebeld te kunnen uitzetten.

HULPVRAAG	ANALYSE	BEOOGD RESULTAAT	INTERVENTIES	DISCIPLINE
1. Ik wil mij minder angstig voelen	Ik heb last van terugkerende sombere en op zorgen georiënteerde gedachten, waardoor ik mij moedeloos voel	Binnen drie maanden zijn mijn gedachten minder somber en voel ik mij minder moedeloos	1. HADS-A (begin, na 6 en na 12 weken)	1. VS GGZ
			2. Farmacotherapie: SSRI overwogen	2. VS GGZ
			3. CGT incl. G-training (uitdagen angstige cognities) en psycho-educatie over angstklachten en inclusief uitleg paniekcirkel	3. VS GGZ samen met GZ-psycholoog
			4. PMT	4. psychomotore therapeut
2. Ik wil mij minder zorgen maken en minder aan de dood denken	Ik maak mij veelvuldig zorgen over verschillende zaken, waardoor ik een paar keer week gedachten aan de dood heb. Daarbij voel ik mij vaak lichamelijk gespannen en niet lekker. Hierdoor trek ik mij terug	Binnen 3-6 maanden hebben mijn zorgen en lichamelijke spanningen mij minder in hun macht en heb ik geen gedachten meer aan de dood	1. G-training	1. VS GGZ samen met GZ-psycholoog
			2. Psycho-educatie over gegeneraliseerde angstklachten	2. VS GGZ
			3. Activering: sociale bezigheden oppakken zoals zwemmen	3. VS GGZ en casemanager
			4. Suïcide veiligheidsplan	4. VS GGZ en casemanager
			5. Signaleringsplan	5. casemanager
			6. PMT	6. PMT-therapeut
3. Ik zou graag wat meer sociale contacten willen	Sinds het overlijden van mijn man ga ik niet meer naar de zwemclub en heb hierdoor bijna geen contacten meer	Binnen 3 maanden ben ik weer in staat om de zwemclub te bezoeken	1. Activering; sociale activiteiten oppakken zoals zwemmen	1. VS GGZ en casemanager
			2. Samen met patiënt een maatje overwegen (maatjesproject)	2. VS GGZ en casemanager
4. Ik wil beter slapen	Ik slaap licht en voel mij 's ochtends niet uitgerust	Binnen een week slaap ik merkbaar beter en binnen een maand heb ik een goede slaap en voel ik mij uitgerust	1. Effect medicatie monitoren, mogelijk versuffend effect als bijwerking van opgehoogde mirtazepine	1. VS GGZ en casemanager
			2. Psycho-educatie slaaphygiëne	2. VS GGZ en casemanager
			3. Slaapmedicatie overwogen	3. VS GGZ
5. Ik wil dat mijn dochter bij de behandeling wordt betrokken	Ik ervaar veel steun aan mijn dochter	Mijn dochter is volledig op de hoogte van mijn behandeling en wordt betrokken bij behandelkeuzes	1. Na de wekelijkse individuele behandelgesprekken krijgt dochter een telefonische terugkoppeling	1. VS GGZ
			2. Dochter wordt uitgenodigd voor zorgafstemmingsgesprekken	2. casemanager

Tabel 1 Het behandelplan van mevrouw Kuipers

EEN GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS OP LATERE LEEFTIJD

Angst en depressie vormen de meest voorkomende psychische stoornissen op latere leeftijd. De GAS wordt hierbij veelvuldig genoemd als de meest voorkomende angststoornis. Er wordt vaak gedacht dat angst op latere leeftijd ofwel voorkomt als comorbide stoornis van een depressie of als symptoom van een gemengde angst- en depressieve stoornis. Er is bij ouderen met een angststoornis vaak een lange klachtenduur, die op latere leeftijd recidiveert of verergert naar aanleiding van ingrijpende levensgebeurtenissen zoals het verlies van een partner. Angststoornissen bij ouderen gaan in een kwart van de gevallen samen met een depressie en hebben een zeer negatieve invloed op de behandeluitkomsten van een depressie.⁵ Tijdens de psychiatrische anamnese gaat de aandacht echter vaak uit naar stemmingspathologie en worden angstklachten als secundair beschouwd.⁶ Hierdoor wordt GAS bij ouderen ook nog met regelmaat ondergediagnosticeerd. Voor preventie en klinische behandeling is het van belang dat voorspellers bij deze leeftijdsgroep op tijd worden onderkend, zodat de aanzienlijke gevolgen voor de algehele gezondheid en het dagelijks functioneren kunnen worden beperkt. De voorspellers die in verband worden gebracht met een GAS op later leeftijd zijn: vrouwen bij wie jeugdtrauma's worden gerapporteerd en met chronische lichamelijke en psychische stoornissen.⁶ Met name bij GAS is het onderscheid met een depressie ingewikkeld door de overlappende symptomatologie.

Welke interventies zijn effectief bij ouderen en GAS?

De vele zorgwekkende bijwerkingen van psychofarmaca bij ouderen pleiten ervoor om de voorkeur te geven aan psychologische interventies. In de multidisciplinaire richtlijn (MDR) wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angst bij ouderen beschreven als behandeling die tot nu toe de meeste aandacht heeft gekregen.⁷ CGT bij GAS bestaat doorgaans uit een aantal samenhangende elementen: (psycho-)educatie over de inhoud van GAS, hoe de symptomen te herkennen en hoe ermee om te gaan, cognitieve herstructurering, blootstelling aan angstwekkende situaties en training in probleemoplossend vermogen.

Medicatie bij een gegeneraliseerde angststoornis bij ouderen

Wanneer medicatie geïndiceerd is, zijn benzodiazepinen voor ouderen met angst en/of depressie eerste keus. De ernstige bijwerkingen van deze middelen, zoals valrisico, cognitieve schade en de ontwikkeling van tolerantie en verslaving, zijn echter zorgwekkend. Daarnaast is gebleken dat deze middelen onvoldoende effect hebben op angst bij ouderen op latere leeftijd. Beoordeling van effect is mogelijk na zo'n acht tot

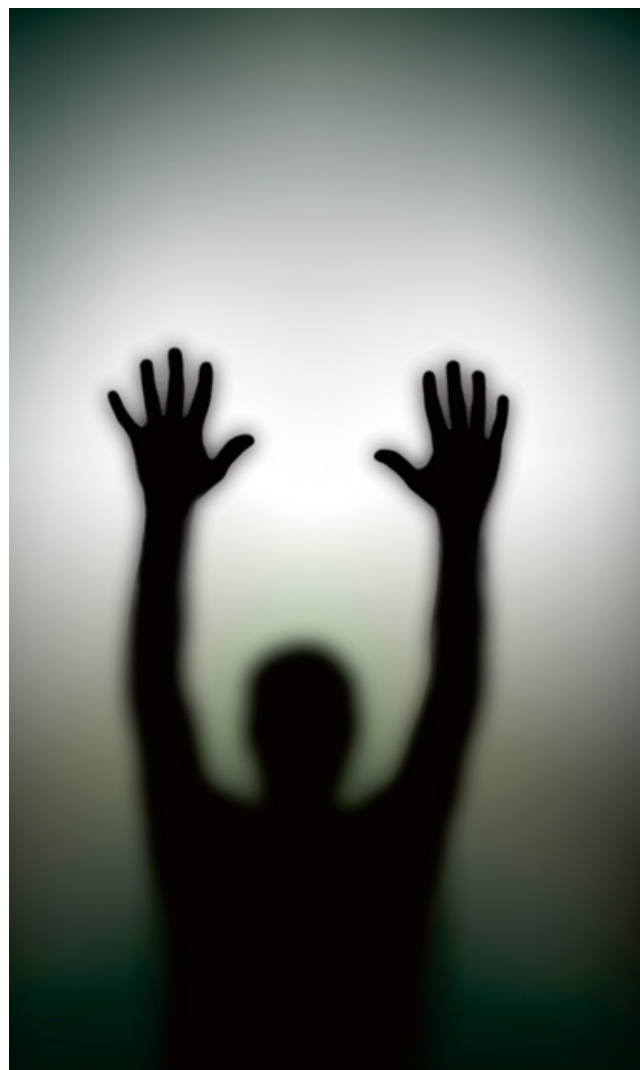
VÓÓRKOMEN VAN ANGSTSTOORNISSEN

In 2011 hadden naar schatting 50.419 personen boven de 65 jaar een angststoornis, van wie 11.975 mannen en 38.444 vrouwen. Dit komt overeen met 10,5 per 1.000 mannen en 26,4 per 1.000 vrouwen (LASA). Ook bij ouderen zijn er meer vrouwen dan mannen met een angststoornis.¹⁴

Prevalentie van angststoornissen bij ouderen

Angststoornissen blijken op latere leeftijd veel vaker voor te komen dan depressie (1,7%), dysthymie (3-5%) en onder jongere ouderen zelfs vaker dan dementie (0,7-1,6%). De gegeneraliseerde angststoornis is de meest voorkomende angststoornis bij ouderen.⁸

twalf weken en bij daadwerkelijk effect dient het middel lang genoeg te worden gecontinueerd (minimaal 12 maanden). Een probleem bij het voorschrijven van psychofarmaca aan angstige ouderen is weigering, uit angst voor bijwerkingen.⁶



DOELSTELLING EN INTERVENTIES

Het behandelplan

Het behandelplan is na de intakefase samen met mevrouw Kuipers opgesteld. In het behandelplan wordt haar hulpvraag beschreven vanuit een ik-vraag, die vervolgens wordt geanalyseerd. Samen met mevrouw worden de doelen zo concreet mogelijk omschreven, waarna de interventies worden doorgesproken die worden ingezet om de doelen te behalen. Vervolgens wordt beschreven door welke discipline welke interventie wordt uitgezet. Het behandelplan wordt schematisch weergegeven in tabel 1.

EVALUATIE

Aan het begin van de behandeling, na zes weken en na twaalf weken worden de behandeldoelen met mevrouw Kuipers geëvalueerd. Om te meten of zij zich daadwerkelijk minder angstig voelt, wordt conform de richtlijn gebruikgemaakt van de Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A).^{8,9} Met behulp van de Beck Depression Index (BDI)¹⁰ wordt geëvalueerd of de interventies tot voldoende resultaat leiden ten aanzien van het verminderen van zorgen en gedachten aan de dood. Daarnaast wordt de mate van suïcidale intentie wekelijks gemonitord door middel van de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events).¹¹ De MANSA (MANchester Short Assessment of quality of life) en de HoNOS-65+ (Health of the Nation Outcome Scales for elderly people) worden na drie maanden afgenomen, waarbij in het bijzonder de tevredenheid over sociale contacten wordt geëvalueerd.^{12,13} Iedere week worden sociale contacten van de afgelopen week geëvalueerd en wordt mevrouw door de casemanager geactiveerd. De effectiviteit op doel 4 (bevorderen van de slaapkwaliteit) wordt wekelijks geëvalueerd met mevrouw, zodat ingezette interventies, indien nodig, direct kunnen worden bijgesteld. De uitkomstmaten van de meetinstrumenten worden in de zorgafstemmingsgesprekken (ZAG) met mevrouw Kuipers en familie meegenomen. ■

DE LITERATUURLIJST

- 1 Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.
- 2 American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR. Amersfoort: drukkerij Wilco; 2007.
- 3 Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrische onderzoek. 3e geh herz druk. Utrecht: De Tijdstroom; 2003.
- 4 NANDA International. Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2009-2011. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
- 5 Veen DC van der, Zelst WH van Schoevers RA, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study. Amsterdam: NESDO; 2014.
- 6 Mast R van der, Heeren T, Kat M, Stek M, Vandenbulcke, Verhey F. Handboek Ouderenpsychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- 7 Zhang X, Norton J, Carière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Riskfactors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). *Transl Psychiatry* 2015 March 31;5:e536.doi: 10.1038/tp.2015.31.
- 8 Schuurmans J, Hendriks GJ, Verbeek M, Bavinck C, Beukering J van, Birkenhager B, et al. (Werkgroep richtlijnontwikkeling angststoornissen). Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling angststoornissen, Addendum ouderen angst. Utrecht: Trim-bos-instituut; 2015.
- 9 Spinhoven Ph, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GJM, Speckens AEM, Hemert AM van. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine* 1997;27:363-70.
- 10 Does AJW van der. Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory – second edition (BDI-II-NL). Amsterdam: Pearson; 2002.
- 11 Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B, Boven C van, Hummelen JW, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- 12 Nieuwenhuizen Ch van, Schene AH, Koeter MWJ. Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting; 2000.
- 13 Burns A, Beevor AS, Lelliott P, Wing J, Blakey A, Orrell M, et al. Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry* 1999;174:424-7.
- 14 <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/angststoornissen/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-risicofactoren-angststoornissen>