

1 Fenomenologie

1.1 Wat zijn angststoornissen?

Bleek en zenuwachtig zit Annet bij haar huisarts. Wekenlang heeft ze ertegen opgezien om deze stap te nemen en nu kan ze amper de woorden vinden om het uit te leggen. Zal hij denken dat ze gek is? Zal ze opgenomen moeten worden? Hoe komt ze uit deze ellende? Deze en nog veel meer gedachten hameren door haar hoofd en maken dat ze nog nerveuzer wordt dan toen ze van huis ging. De huisarts kijkt haar begripvol aan en vraagt: 'Waar ben je dan precies bang voor?' Tja, waarvoor precies? Het lijkt wel alsof ze het laatste half jaar niets meer zonder angst kan doen. Als ze thuis zit, klopt het hart haar in de keel en krijgt ze het af en toe Spaans benauwd. Op straat durft ze zich al helemaal niet meer te vertonen: stel dat ze daar in paniek raakt, wat zullen de burens dan wel denken. Sowieso voelt Annet zich niet erg op haar gemak bij andere mensen; hun aanwezigheid maakt haar onzeker, ze let dan de hele tijd op zichzelf en ze weet nooit of ze het wel goed doet. Tot overmaat van ramp lijkt haar man Jaap er maar bar weinig van te begrijpen. Hij zegt vaak dat ze zich niet moet aanstellen en dat er immers niets kan gebeuren. Een enkele keer is het voorgekomen dat ze ruzie hebben gekregen, zoals die keer dat zij niet mee wilde gaan naar de verjaardagsvisite van zijn moeder. Door de angst, de wrijving thuis en de uitzichtloosheid voelt ze zich de laatste tijd behoorlijk neerslachtig. Als Jaap niet thuis is, zit ze vaak te huilen en komt ze niet aan haar huishoudelijke werk toe. Bij haar vorige bezoek aan de huisarts schreef hij haar een doosje kalmeringstabletten voor, maar ze heeft niet het idee dat ze daar veel baat bij heeft. Nu zit ze er weer: hij zal haar wel een enorme zeurpiet vinden. Maar de huisarts is erg aardig en wil van alles weten over haar angsten en zorgen. Dat scheelt een stuk, en langzamerhand krijgt Annet het idee dat tenminste iemand begrijpt waar ze mee zit. Ten slotte zegt de dokter: 'Het lijkt me verstandig dat ik je naar de geestelijke gezondheidszorg doorverwijs. Daar zijn mensen die veel afweten van dit soort problemen en hoe die te behandelen zijn. Als je wilt, schrijf ik wel een verwijsbrief voor je.' Veel keus is er niet, denkt Annet, en er moet toch iets gebeuren.

Vrouwen en mannen met problemen zoals die van Annet wenden zich vaak tot instanties in de (geestelijke) gezondheidszorg. Sommigen van hen kunnen precies aangeven waar ze bang voor zijn en waarmee ze moeite hebben, anderen ervaren het hele dagelijkse bestaan als een loden last. Wanneer we de problemen waarmee Annet bij de huisarts komt op een rijtje zetten, dan valt op dat er verschillende verschijningsvormen van angst in voorkomen: ze is bang om alleen thuis te zijn, ze is bang om zich buitenshuis te bewegen, en raakt gespannen als ze met andere mensen omgaat. Ten gevolge van die angstklachten krijgt ze woorden met haar echtgenoot, heeft ze moeite om het huishouden naar behoren te doen en raakt ze langzaam maar zeker depressief.

Wanneer we mensen met dit soort klachten hulp willen bieden, is het allereerst nodig om een analyse van de problemen te maken: waaruit bestaan de klachten, waarvoor is iemand bang, wat ervaart, denkt en doet een angstig iemand? Het in kaart brengen van angstklachten is het onderwerp van dit eerste hoofdstuk. In de loop der jaren zijn verschillende pogingen ondernomen om orde te scheppen in de veelal onduidelijke naamgeving van deze verschijnselen. Dat heeft geresulteerd in het opstellen van diagnostische criteria. Op dit moment wordt wereldwijd het meest gebruik gemaakt van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition, text revision: DSM-IV-TR) van de American Psychiatric Association (APA, 2000). De auteurs daarvan stellen dat het om een atheoretische benadering gaat waarin manifeste symptomen als criteria zijn opgenomen. Het uitgangspunt is een multiaxiale benadering waarin de klachten van een individu worden beschreven op verschillende assen die naar verschillende soorten informatie verwijzen (zie kader 1.1).

Kader 1.1 Vijf assen

De vijf assen hebben achtereenvolgens betrekking op:

- I Klinische syndromen.
- II Ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornissen.
- III Organische stoornissen en aandoeningen.
- IV De ernst van psychosociale stress.
- V Het hoogste niveau van aangepast functioneren gedurende het afgelopen jaar.

Het is wellicht goed erop te wijzen dat met dit classificatiesysteem een indeling in *stoornissen* is voorgesteld en niet een indeling in *personen*. Een gevolg hiervan is dat het systeem ruimte laat om bij iemand meer dan één angststoornis of, naast een angststoornis, een ander klinisch syndroom (zoals depressie of hypochondrie) te diagnosticeren; er is dus meer dan één As-I-diagnose mogelijk. Een dergelijk categorisch classificatiesysteem zou de indruk kunnen wekken dat angst een verschijnsel is dat keurig is af te grenzen van andere psychische toestanden; niets is minder waar, aangezien angst

evenzeer onderdeel kan zijn van vele andere psychopathologische beelden. Voor een uitvoerig overzicht van de achtergronden van DSM-IV-TR en van de operationele criteria van de verschillende diagnostische categorieën wordt verwezen naar de oorspronkelijke tekst. Ten slotte dient men te beseffen dat DSM-IV-TR gebaseerd is op overeenstemming tussen verschillende klinici over psychopathologie; het systeem is geen directe afspiegeling van de werkelijkheid en is dus open voor kritiek en herziening.

Angststoornissen worden gerekend tot As I (klinische syndromen) en zijn op hun beurt weer onderverdeeld; zie kader 1.2.

Kader 1.2 DSM-IV-TR-categorieën van angststoornissen

- paniekstoornis met/zonder agorafobie
- specifieke fobie
- sociale fobie
- gegeneraliseerde angststoornis
- obsessief-compulsieve stoornis
- posttraumatische stress-stoornis
- acute stress-stoornis
- angststoornissen vanwege medische condities
- angststoornissen vanwege middelengebruik
- angststoornissen niet anders omschreven (NAO)

De categorie ‘angststoornis niet anders omschreven’ verwijst naar symptoomclusters die een aantal angstsymptomen bevatten, maar niet voldoen aan het complete beeld van een van de angststoornissen. Hoewel het niet formeel een angststoornis is, bespreken wij in dit boek ook hypochondrie vanwege de grote overlap met de angststoornissen. Om diezelfde reden is hypochondrie eveneens opgenomen in de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen en de NHG-standaard Angststoornissen.

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk wordt per angststoornis (inclusief hypochondrie) een overzicht gegeven van de diagnostische criteria volgens de DSM-IV-TR-classificatie. Daarnaast wordt het klinische beeld besproken en toegelicht aan de hand van gevalsbeschrijvingen. Angststoornissen vanwege medische condities en vanwege middelengebruik en angststoornissen NAO worden verder buiten beschouwing gelaten.

1.2 Paniekstoornis

‘Ik dacht dat ik doodging’, zegt Karel (34) als de psycholoog hem vraagt hoe hij zich gevoeld had. Hij heeft zich op aanraden van zijn huisarts voor een intakegesprek aangemeld en vertelt nu wat hem zo bang maakte. Acht

maanden tevoren voelde hij zich op een doordeweekse avond vreselijk ellendig. Hij zat op de bank naar het voetballen op de televisie te kijken, net als anders. Zijn vrouw Sara had de kinderen naar bed gebracht en ze hadden net een paar koppen koffie gedronken. Plotseling (en hij weet nog steeds niet hoe dat zo kwam) begon zijn hart razendsnel te kloppen, voelde hij zich draaierig en licht in zijn hoofd, het zweet brak hem uit en hij werd ontzettend bang. Dat werd nog erger toen hij ook steken in zijn borst voelde die uitstraalden naar zijn linkerarm. 'Bel de dokter', had hij tegen Sara geroepen. Zelf was hij doodstil op de bank gaan liggen en had hij zich nauwelijks durven bewegen. Steeds spookten de gedachten door zijn hoofd dat zijn laatste uur had geslagen. Het leek uren te duren voordat de waarnemer van zijn huisarts kwam. Deze onderzocht hem kort, beluisterde zijn hart, voelde zijn pols en zei: 'Ga maar rustig slapen, dit zijn allemaal spanningen. Er is niets mis met je hart, het is gewoon psychisch.' Nauwelijks gerustgesteld had Karel de halve nacht wakker gelegen en op zijn hartslag gelet. De volgende dag kreeg hij van zijn huisarts hetzelfde verhaal te horen plus het advies om het rustiger aan te doen. Nu had hij het ook wel druk gehad de laatste tijd: zijn schoonouders helpen met de verbouwing, overdag gewoon werken, 's zaterdags voetballen, 's zondags met de kinderen op stap, twee avonden in de week naar de biljartclub. Karel nam het advies van de huisarts ter harte, maar na een aantal maanden bleek het rustig aan doen niet te helpen. Hij bleef bang dat hij weer een aanval zou krijgen, en dat gebeurde inderdaad ook een aantal keren. Je kon er geen peil op trekken; het overviel hem gewoon. Nu hij uiteindelijk bij de psycholoog zit, informeert deze of er wellicht dingen zijn die hij niet meer durft te doen door die paniekaanvallen, maar dat is volgens Karel niet zo. Hij durft alles wat hij voorheen ook deed, alleen valt het hem zelf op dat hij zich veiliger voelt als hij de auto in de buurt heeft, en als hij zijn mobiele telefoon bij zich heeft. Mocht er iets gebeuren dan kan hij snel naar huis of om hulp bellen. Ook het actieve sporten (vooral voetbal) heeft hij de laatste maanden niet durven beoefenen uit angst voor een aanval.

DSM-IV-TR-criteria

Het centrale kenmerk van de paniekstoornis is de paniekaanval, dat wil zeggen een afzonderlijke periode van intense angst of spanning, die vaak onverwacht optreedt. In het hoofdstuk 'Angststoornissen' van DSM-IV-TR neemt de paniekaanval een belangrijke plaats in, omdat deze niet alleen bij de paniekstoornis, maar ook bij andere (angst)stoornissen kan voorkomen, zoals de specifieke fobie. Allereerst wordt de paniekaanval besproken, daarna de paniekstoornis, en ten slotte gaan we in op de samenhang met agorafobie.

Tijdens ten minste één van de aanvallen komen vier van de volgende symptomen voor binnen tien minuten, gerekend vanaf het eerste symptoom waarmee de aanval begint. Hoewel DSM-IV-TR stelt dat bij paniekaanvallen de piek van de angst binnen 10 minuten plaatsvindt, treedt deze piek bij

ernstige paniekaanvallen soms later op (Norton, Zvolensky, Bonn-Miller, Cox, & Norton, 2008). Wanneer minder dan vier symptomen aanwezig zijn, wordt gesproken van een ‘Beperkte symptoomaanval’.

- 1 tekort aan adem (dyspneu) of benauwd gevoel
- 2 duizeligheid, licht in het hoofd, een gevoel van slaptte
- 3 hartkloppingen of een versnelde hartslag
- 4 trillen of beven
- 5 zweten
- 6 gevoel te stikken
- 7 misselijkheid of raar gevoel in de maagstreek
- 8 depersonalisatie of derealisatie
- 9 doofheid of tintelende sensaties in ledematen (paresthesieën)
- 10 opvliegingen of koude rillingen
- 11 pijn of een vervelend gevoel in de borst
- 12 angst om dood te gaan
- 13 angst om gek te worden of om de controle over zichzelf te verliezen.

Er wordt *niet* van een paniekaanval gesproken wanneer een organische factor (bijvoorbeeld amfetaminevergiftiging, cafeïnevergiftiging, of hyperthyreoïdie) de stoornis in gang heeft gezet of in stand houdt.

DSM-IV-TR spreekt van een *paniekstoornis* wanneer één of meer *paniekaanvallen* voorkomen, die onverwacht zijn (dat wil zeggen dat ze niet optreden onmiddellijk voor of na blootstelling aan een situatie die bijna altijd angst veroorzaakt) en die niet in de hand gewerkt worden door situaties waarin de aandacht van anderen op de persoon is gericht. Vier van deze aanvallen zijn opgetreden binnen een periode van vier weken, ofwel één of meer aanvallen worden gevolgd door een periode van ten minste één maand, waarin angst voor een nieuwe paniekaanval bestaat.

Wat betreft de ernst van de paniekstoornis maakt DSM-IV-TR een onderscheid naar mild, matig of ernstig. Van een milde paniekstoornis is sprake als de afgelopen maand niet meer dan één aanval is voorgekomen of wanneer er alleen beperkte symptoomaanvallen (dus minder dan vier panieksymptomen) waren. Een ernstige paniekstoornis houdt in dat er de laatste maand ten minste acht paniekaanvallen geweest zijn; de matige paniekstoornis zit tussen beide vormen in.

Klinisch beeld

De onverwachte of ‘spontane’ aard van de paniekaanval is één van zijn belangrijkste kenmerken: de aanval duikt ogenschijnlijk uit het niets op. Het is inderdaad in aanvang meestal onduidelijk waardoor zo’n aanval eigenlijk ontstaat. In de loop van een psychologische behandeling groeit vaak het inzicht in de aard van de directe uitlokkers van een aanval (zie hoofdstuk 6).

Lichamelijke symptomen die bij paniek optreden (zoals zweten, trillen,

druk op de borst, angst om flauw te vallen en warme en koude rillingen) zijn verschijnselen die te maken hebben met een verhoogde arousal. De plotse, acute en intense ervaring van angst kan als de psychologische component van paniek worden opgevat, en is verantwoordelijk voor de neiging tot ontsnappen, die zo kenmerkend is voor de paniekaanval ('ik moet hier hoe dan ook zo snel mogelijk weg'). Het ontsnappingsgedrag heeft tot doel de aanval te couperen, hetgeen soms pas na geruime tijd plaatsvindt. Wanneer de situatie niet toestaat dat men eraan ontsnapt (bijvoorbeeld als iemand thuis is), gaan sommige patiënten rusteloos rondlopen of erg druk praten.

De meeste mensen met een paniekstoornis (ongeveer twee derde) zijn bang dat er lichamelijk iets ernstigs mis is (bijvoorbeeld een hartaanval); ongeveer de helft van de patiënten is bang dat de symptomen betekenen dat ze de controle zullen verliezen of gek zullen worden, en ongeveer een derde is bang voor negatieve sociale evaluatie: zij schamen zich voor hun symptomen ('mensen zullen denken dat ik gek ben'). Daarnaast is een kwart van de patiënten bang dat de angst onverdraaglijk zal zijn (Raffa et al., 2004). Opvallend is dat mensen die een paniekaanval hebben gehad, de beleving hebben dat zij op een of andere manier de controle over een deel van hun functioneren kwijt zijn of denken die kwijt te raken. De anticipatieangst die vaak tussen de paniekaanvallen voorkomt, is dan ook sterk gekleurd door de dreiging van een dergelijk controleverlies. We kunnen daarin globaal een viertal thema's onderscheiden, namelijk de angst voor somatisch, psychisch, gedragsmatig en sociaal controleverlies.

1 Angst voor somatisch controleverlies Mensen bij wie vooral angst voor somatisch controleverlies op de voorgrond staat, zijn bang voor een hartinfarct, een hersenbloeding of flauwvallen, of, meer algemeen, dat hun lichaam het laat afweten. Door deze angst en het sterke appel dat de patiënten doen op de somatische hulpverlening komen velen van hen herhaaldelijk bij medisch specialisten terecht (zoals cardiologen, internisten en neurologen). Omdat er geen organische aandoening gevonden wordt, raakt de patiënt toenemend onzeker en angstig. Het verband met hypochondrie (de angst voor ernstige ziekten; zie aldaar) is hierbij vaak duidelijk.

2 Angst voor psychisch controleverlies Bij angst voor psychisch controleverlies is de aandacht vooral gericht op de beleving dat iemand de greep op zijn geestelijke vermogens verliest. De angst is gecentreerd rondom de waarschijnlijkheid ervaren mogelijkheid om gek te worden: er gebeuren dingen die ik niet kan bevatten en die niet gewoon voor mij zijn. Deze angst kan zich uitbreiden tot angst voor gekke mensen, voor afwijkend gedrag en kan leiden tot specifiek vermijdingsgedrag. (Eén van onze patiënten bijvoorbeeld durfde niet naar het tv-journaal te kijken uit angst dat ze na afloop een politiebericht zou zien over iemand die in overspannen toestand spoorloos was verdwenen. Ze was bang dat haar hetzelfde zou overkomen.) Wanneer de betrokkene merkt dat hij of zij niet meer helder kan denken, kan die constatering op zich een paniekaanval uitlokken. Onze indruk is dat vooral mensen die gewend zijn om hun zaken op een rijtje te houden en een nei-

ging tot rationaliseren vertonen, buitengewoon angstig worden van een aldus beleefde paniekaanval.

Tijdens het intakegesprek maakt Jan (28) een gespannen en sombere indruk. Zo langzamerhand is hij aan alles van zichzelf gaan twifelen. Altijd had hij de zaken op een rijtje, wist hij wat hij wilde en kreeg hij veel voor elkaar. Nu zit hij daar als een zielig hoopje mens, dat hulp behoeft en geen greep meer heeft op zijn eigen leven. Zijn vrienden kunnen zich dit niet voorstellen: Jan die altijd zo sterk overkwam en zich overal mee wist te redden. Nadat hij een plotse-linge paniekaanval heeft gehad, is zijn kijk op zichzelf totaal veranderd. Zoiets had hij nog nooit meegemaakt. Op een avond liep hij rustig met zijn hondje te wandelen, toen hij opeens een golf van angst door zich heen voelde komen. Niet zomaar angst, maar een soort doodsangst die hem het denken onmogelijk maakte. Zijn hart had gebonsd alsof het uit zijn borstkas wilde springen, het zweet was hem uitgebroken en hij had het op een lopen gezet. Maar wat hem het meest bang had gemaakt, was dat hij zijn gedachten niet meer op een rijtje kon krijgen; wat hij ook tegen zichzelf zei, niets hielp. Hij was helemaal in de war geraakt en was de oriëntatie op straat kwijt geweest. En dat overkwam nu net hem, die altijd zo koel en rationeel werd gevonden. Zo snel hij kon was hij naar huis gelopen en sindsdien was hij er nauwelijks meer uit geweest.

3 Angst voor gedragsmatig controleverlies De controle verliezen over het eigen gedrag is wat weer anderen het meest beangstigt. Zij vrezen een totale ontremming, met iets gaan gooien, zichzelf wat aandoen, gaan schreeuwen en krijsen. Een van onze patiënten was bijvoorbeeld bang dat hij in het kanaal zou springen tijdens een paniekaanval. (Het is belangrijk in dit verband onderscheid te maken tussen dit soort paniekaanval en de obsessie om zichzelf iets aan te doen. Het laatstgenoemde is niet gebonden aan angst-aanvallen.)

4 Angst voor sociaal controleverlies Mensen die bang zijn voor controleverlies in sociaal opzicht, hebben meestal last van schaamte voor de (vermeende) tekenen van toegenomen arousal. Sommigen schamen zich voor de verschijnselen die zich werkelijk voordoen, zoals zenuwachtigheid, trillen en weg (willen) gaan ('het lijkt zo raar voor anderen als je zomaar plotseling wegloopt uit een bijeenkomst' of 'de mensen vinden vast dat ik gek doe'). Anderen hebben een beeld voor ogen wat er zou gebeuren als zij daadwerkelijk in onmacht zouden vallen, terwijl dat nog nooit zo is gebeurd ('dan zou je daar op de grond liggen en iedereen kijkt naar je: ik zou me doodschamen, wat een afgang').

Het is van groot belang om bij de intake een duidelijk beeld te krijgen van de wijze waarop de patiënt het controleverlies beleeft, omdat deze informatie belangrijke aangrijpingspunten kan bieden voor de behandeling. Zowel

de uitlokkers van de paniekaanval, de paniekgedachten alsook het vermijdingsgedrag kunnen hieruit begrepen worden.

Veel patiënten met paniekaanvallen gaan al vrij snel na hun eerste paniekaanval of op den duur situaties of activiteiten vermijden waarvan zij denken dat die een paniekaanval zouden kunnen oproepen. Ernstig vermijdingsgedrag kan maken dat iemand geen paniekaanvallen meer heeft, maar tegelijkertijd bijvoorbeeld de deur niet meer uitkomt. De diagnose ‘paniekstoornis met agorafobie’ wordt gesteld wanneer de klachten voldoen aan de criteria van paniekstoornis en die van agorafobie (zie hieronder). In veel gevallen komen deze aanvallen relatief infrequent voor of is het zelfs maanden of jaren geleden dat de laatste paniekaanval heeft plaatsgevonden. Uit onderzoek blijkt dat ‘paniekers’ in vergelijking met agorafobici dezelfde lichamelijke symptomen hebben, maar minder ernstig.

Volgens DSM-V-TR is er een temporele relatie tussen een paniekstoornis en agorafobie: agorafobische symptomen ontwikkelen zich later en als functie van de paniekaanval. Hiermee wordt paniek als voorstadium van agorafobie beschouwd. Het feit dat agorafobisch gedrag gehandhaafd blijft in lange periodes waarin geen paniekaanvallen voorkomen en het feit dat in een aantal gevallen agorafobie ontstaat zonder een voorgeschiedenis van paniekaanvallen pleiten tegen het argument dat paniek de primaire oorzaak van agorafobische vermijding zou zijn (Emmelkamp & Powers, 2009a).

In een invloedrijk artikel van Goldstein en Chambless (1978) wordt het begrip *fear of fear* gelanceerd als het meest centrale element bij agorafobie. Mensen die paniekaanvallen hebben gehad, raken hyperalert ten aanzien van hun lichamelijke sensaties en interpreteren deze als voorboden van een naderende catastrofe. *Anxiety sensitivity* (angstgevoeligheid) wordt tegenwoordig gezien als een belangrijke factor in onder andere de paniekstoornis. Personen die lijden aan een paniekstoornis verwachten dat lichamelijke sensaties iets gevaarlijks betekenen, en om die reden vertonen zij een overmatige waakzaamheid voor mogelijk gevaarlijke lichamelijke sensaties (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001). De rol van *fear of fear* en *anxiety sensitivity* wordt in hoofdstuk 2 verder uitgewerkt.

Differentiële diagnostiek

Hoewel de paniekstoornis bestaat uit een aantal onderscheiden episoden van angst, kan zij met enkele andere stoornissen verward worden.

Zo kunnen lichamelijke factoren van structurele of tijdelijke aard tot paniekachtige verschijnselen leiden. Op de eerste plaats dienen lichamelijke oorzaken van de arousalverhoging te worden uitgesloten, zoals hyperthyreoïdie. Overmatig gebruik of misbruik van bepaalde middelen (onder andere koffie en cafeïnehoudende producten) leidt tot een aantal op paniek gelijkende symptomen, zoals rusteloosheid, nervositeit en een versnelde hartslag, evenals onthoudingsverschijnselen of een kater door bijvoorbeeld alcohol (verschijnselen als angst, en autonome hyperactiviteit, zoals hartkloppingen, zweten en verhoogde bloeddruk). Ook het ‘rebound’-effect van

tranquillizers mag niet onvermeld blijven, want het stoppen met deze middelen kan aanleiding geven tot sterk verhoogde arousal.

Elders in dit boek worden twee stoornissen besproken die een overlap met de paniekstoornis kunnen hebben, namelijk hypochondrie en gegeneraliseerde angststoornis. Hypochondrie verwijst naar de hardnekkige overtuiging een ziekte te hebben, hetgeen gepaard gaat met angst en met de drang om geruststelling te zoeken. Bij de paniekstoornis is de ziekteovertuiging doorgaans voornamelijk beperkt tot de periode van de aanvallen zelf; daartussenin is de patiënt in staat om deze bezorgdheid te relativiseren. Verder hebben bij de paniekstoornis de somatische preoccupaties betrekking op verschijnselen die zich tijdens een aanval voordoen, zoals hoofdpijn, hartkloppingen of duizeligheid. In het hoofdstuk over hypochondrie wordt deze stoornis nader besproken.

Gegeneraliseerde angststoornis wordt gekenmerkt door het zich zorgen maken en door een aanhoudende arousalverhoging, die zich over een veelheid van situaties uitstrekt. Soms lijkt een paniekstoornis hierop, omdat ook tussen de aanvallen de spanning of angst vrij hoog is. Meestal wordt dit laatste veroorzaakt door anticipatieangst of angstige verwachtingen omtrent een nieuwe aanval.

1.3 Agorafobie

Ria de Jong, een huisvrouw van 35 jaar, meldt zich op verwijzing van haar huisarts samen met haar echtgenoot Johan bij ons aan in verband met 'angsten'. Het kost haar de laatste tijd steeds meer moeite om de deur uit te gaan. Haar zoontje van zes durft ze zelfs al niet meer naar school te brengen. Ze zegt dat ze het zelfvertrouwen mist om zich op straat tussen de mensen te begeven. Wanneer ze daar loopt, voelt ze zich duizelig en licht in het hoofd; het voelt alsof ze aldoor tegen een helling op loopt. Haar knieën lijken op zo'n moment wel van rubber, waardoor ze bang is dat ze zal flauwvallen. Omdat ze zich buitenshuis niet veilig voelt, blijft ze steeds meer thuis zitten, want ze vindt dat haar daar niets kan overkomen. Haar man haalt nu de boodschappen, en moet daarvoor drie kwartier eerder van zijn werk komen. Wanneer de therapeut hem daarnaar vraagt, zegt Johan dat hij het niet erg vindt, omdat hij graag iets voor zijn vrouw doet nu ze het zo moeilijk heeft. Alleen moet hij zich soms wel haasten als hij op zijn werk wat langer bezig is. De laatste drie jaar (zolang bestaan de klachten al) is er trouwens weinig van vakantie terechtgekomen, dat is wel het belangrijkste wat het gezin moet missen. Toen ze destijds naar Frankrijk wilden, moesten ze na tien kilometer van huis alweer terugkeren omdat Ria het te kwaad kreeg. Ze was toen tot niets meer te bewegen, zodat de vakantie verder thuis moest worden doorgebracht. De laatste tijd maakt Ria slechts uitstapjes naar de stad in gezelschap van haar moeder, die gelukkig maar twee straten verderop woont. Dat doet ze uitsluitend op dagen waarop ze zich goed voelt. Ze kan eigenlijk nooit

van tevoren zeggen wanneer dat zo is; daarom kan ze nauwelijks afspraken maken en moet ze vaak afzeggen. Iedereen heeft momenteel met haar te doen en probeert haar zo veel mogelijk te helpen.

DSM-IV-TR-criteria

DSM-IV-TR onderscheidt twee ‘soorten’ agorafobie, namelijk die welke samenhangt met een paniekstoornis en agorafobie zonder dat een paniekstoornis in de anamnese voorkomt. Dit onderscheid heeft vooral betrekking op de reden waarom iemand situaties vermijdt. Agorafobie wordt omschreven als de angst om zich op plaatsen of in situaties te bevinden waaruit het moeilijk is om te ontsnappen of waarin geen hulp beschikbaar is in het geval van een paniekaanval. Bij agorafobie zonder paniekstoornis bestaat angst voor plotseling optredende symptomen die iemand in verlegenheid kunnen brengen of hulpbehoevend maken. Vaak gaat het om de angst om de controle over de blaas of darmen te verliezen, te moeten braken, depersonalisatie of derealisatie en duizeligheid. Ten gevolge van deze angst beperkt iemand het reizen of gaat slechts in gezelschap wat verder van huis. Ook komt het voor dat iemand zich toch in de gevreesde situaties begeeft, maar dan wel met grote angst.

Er worden verschillende gradaties van de ernst van agorafobieklachten onderscheiden, namelijk ‘mild’, ‘matig’ en ‘ernstig’. Van milde agorafobie is sprake wanneer enige vermijding bestaat, terwijl de betrokkene desondanks een redelijk ‘normaal’ leven kan leiden. Zoiets doet zich voor als de persoon wel de deur uitgaat wanneer dat noodzakelijk is, maar verder het alleen reizen nalaat. Matige agorafobie wordt gekenmerkt door een ingeperkte levensstijl, in die zin dat iemand weliswaar alleen de deur uit durft, maar niet meer dan een paar kilometer zonder gezelschap van huis weg durft te gaan. Wanneer iemand geheel aan huis is gebonden en niet of nauwelijks meer alleen naar buiten durft, is er sprake van ernstige agorafobie.

Klinisch beeld

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat omvangrijk vermijdingsgedrag een van de opvallendste kenmerken is van agorafobie. Het aantal situaties dat door mensen met agorafobie als angstaanjagend wordt bestempeld, is groot. De populaire opvatting dat agorafobie gelijk staat aan ‘straatvrees’, ‘pleinvrees’ of ‘angst voor open ruimten’ doet de diversiteit van situaties die door agorafobici als moeilijk worden aangeduid geweld aan. Het centrale thema is eerder ‘niet zomaar weg kunnen’, of ‘vastzitten’, en is veel belangrijker dan de open ruimten op zichzelf; soms zijn het namelijk niet eens grote open ruimten, maar juist meer ingeperkte situaties waarin de persoon zich gevangen voelt. Enkele voorbeelden van zulke situaties zijn:

- in de rij staan bij de kassa;
- in een grote winkel of winkelcentrum zijn;

- reizen met het openbaar vervoer (bus, trein of vliegtuig);
- mensenmassa's, zoals drukke straten of grote bijeenkomsten;
- autorijden op de snelweg (door de onmogelijkheid om rechtsomkeert te maken);
- in de file staan;
- een brug oversteken of op een brug staan;
- bij de kapper zitten;
- op straat met iemand in gesprek geraken.

De wens om snel weg te kunnen maakt dat sommigen daartoe hun voorzorgsmaatregelen nemen. Zij gaan bijvoorbeeld nooit zonder fiets of auto van huis, want als 'het' gebeurt dan kunnen ze weer snel thuis zijn. Deze en andere vormen van vermijdingsgedrag (zoals het gebruik van smoesjes, medicatie, mobiele telefoon, of gezelschap) dient de therapeut nauwkeurig te inventariseren, omdat ze soms subtiel van aard zijn.

Mijnheer Rozema (40) heeft enkele jaren geleden voor het eerst last gekregen van agorafobische klachten. Dit was nadat hij was gescheiden van zijn vrouw. In de loop van de tijd is het hem steeds moeilijker gevallen om alleen ver van huis te gaan. Hij woont in het oosten van het land en wil graag familie bezoeken in de Randstad. Omdat hij last heeft van angst bij het autorijden, vertrouwt hij zichzelf niet meer op de weg. 'Want', zo redeneert hij, 'als mij in de auto iets overkomt, dan kan ik grote brokken maken en misschien wel een dodelijk ongeluk veroorzaken.' Het is allemaal begonnen toen hij zich realiseerde dat je op een snelweg niet zomaar je auto kunt keren en terugrijden; je moet dan helemaal tot de volgende afslag doorrijden. Wanneer hij zich erg angstig voelt, zou zo'n afstand net te veel kunnen zijn. Toen hij merkte dat hij zich bij het autorijden niet meer kon concentreren, werd hij extra bang en besloot hij de auto alleen voor ritten in zijn woonplaats en voor korte stukjes op binnenwegen te gebruiken. Hij kon hiermee leven, totdat hij na enige tijd ontdekte dat het reizen per trein hem ook moeite ging kosten. Het idee dat je er niet onmiddellijk uit kunt wanneer je je angstig voelt, begon hem hoe langer hoe meer te benauwen, waardoor hij ook in de trein steeds nerveuzer werd. Kortom, in de loop van de tijd is zijn actieradius danig ingeperkt. Nu hij zich alleen nog maar in zijn eigen woonplaats zonder angst kan bewegen, heeft hij zich aangemeld voor behandeling.

Agorafobie is in de eerste plaats een angst voor de angst, en niet zozeer angst voor bepaalde (openbare) plaatsen. De meeste agorafobici zijn dan ook veel angstiger wanneer zij alleen zijn. Vaak vermijden zij het alleen-zijn en voelen zij zich minder angstig wanneer zij vergezeld worden door een vertrouwd persoon (bijvoorbeeld hun partner of iemand die van hun klachten op de hoogte is). Het kan zo ver gaan dat de agorafobicus zich in diens gezelschap in alle situaties durft te begeven waarin hij zich alleen niet waagt.

Bij de intake wordt Filiz (28) gevraagd wat ze gewoonlijk allemaal onderneemt. Dat blijkt behoorlijk veel te zijn: boodschappen doen, naar de markt gaan, naar de moskee. Wanneer de therapeut de vraag toespitst op wat ze alleen doet, moet Filiz bekennen dat dit maar erg weinig is; eigenlijk durft ze nauwelijks naar het huis van haar schoonmoeder die om de hoek woont. Wanneer ze daarentegen in gezelschap van een vertrouwd iemand is, durft ze bijna overal heen. Filiz voelt zich het meest op haar gemak bij haar schoonmoeder; die weet van haar angsten en die zou haar ook begrijpen als ze buitenshuis door angst overvallen zou worden. Bij haar eigen man Ayhan voelt ze zich niet op haar gemak als ze buitenshuis zijn; hij vindt dat zij zich maar aanstelt en dat ze gewoon door moet zetten. Wat haar schoonmoeder eigenlijk zou kunnen doen wanneer zij een paniekaanval krijgt, weet Filiz niet: ‘misschien een dokter bellen?’

De angstreducerende rol van gezelschap blijkt een van de belangrijkste instandhoudende factoren van agorafobie te zijn. Net als bij Filiz maakt het vaak uit wie dat gezelschap is, namelijk bij voorkeur iemand die weet of begrijpt wat het moet zijn om angstig te zijn en zoveel niet te durven. Het is echter niet zo dat *alle* agorafobici een kalmerende werking toeschrijven aan gezelschap. Een aantal van hen meldt juist het tegenovergestelde: wanneer zij zich mét iemand buitenshuis bevinden, zijn ze zenuwachtiger en angstiger dan wanneer ze alleen buiten zijn. Als je snel weg wilt, dan zit je namelijk vast aan dat gezelschap en moet je je excuseren. Het onderscheid tussen controleverlies van somatische aard (namelijk de angst dat je lichamenlijk onwel wordt, waarbij je de steun van anderen nodig hebt) en controleverlies van sociale aard is hierin weer terug te vinden. Wat dit laatste betreft blijkt dat in paniek raken bij anderen iets is waardoor de betrokkene zich in grote verlegenheid gebracht voelt. De aanwezigheid van (de eigen) kinderen blijkt voor sommige agorafobici juist een extra bron van zorg te zijn in plaats van een geruststelling, namelijk in die gevallen waarin de patiënt zich verantwoordelijk voelt ten opzichte van de (jonge) kinderen. De al aanwezige spanning neemt hierdoor alleen maar toe, en dat maakt het moeilijker om de deur uit te gaan mét kind(eren) dan zonder.

Ten aanzien van catastrofale gedachten vonden Last en Blanchard (1982) een significant groter aantal catastrofale gedachten in een groep agorafobici dan in een groep patiënten met paniekaanvallen zonder vermijding. Bovendien bevonden zich in de agorafobische groep meer personen die catastrofale gedachten hadden dan in de groep ‘paniekers’. *Anxiety sensitivity* (de gedachte dat ervaringen van angst negatieve implicaties hebben) blijkt sterker geassocieerd te zijn met paniekstoornis en agorafobie dan met andere angststoornissen (Emmelkamp & Powers, 2009).

Differentiële diagnostiek

Vermijding van situaties kan verschillende andere redenen hebben dan de hier genoemde agorafobie (met of zonder paniekaanvallen). Bij depressieve patiënten ziet men vaak een gebrek aan interesse en initiatief, wat leidt tot een vermindering van activiteiten buitenshuis. Omdat ook bij depressie enige angst kan optreden, kan dergelijk vermijdingsgedrag licht voor agorafobie gehouden worden. Het motief voor dit gedrag is echter niet de angst voor een mogelijke catastrofe, zoals navraag bij de patiënt zal leren.

Een andere bron van vermijdingsgedrag wordt gevormd door sociale fobie. Een aantal sociaal fobici durft niet alleen te reizen of zich in het openbaar te begeven vanwege de angst of spanning die zij ervaren in het omgaan met anderen. Op het eerste gezicht zou men de diagnose 'agorafobie' overwegen, maar ook hier is het motief voor de vermindering doorslaggevend. Alleen erop uit gaan betekent contact met vreemden, iets wat door een begeleidende partner overgenomen kan worden.

Weer anderen durven de deur niet uit omdat ze zich extreem onzeker voelen over hun uiterlijk, zoals het geval kan zijn bij *body dysmorphic disorder* (BDD). Deze patiënten vermijden de openbaarheid omdat die hen blootstelt aan de blikken van andere mensen.

1.4 Sociale fobie (of sociale angststoornis)

Eva is een goed uitziende jonge vrouw van 22 jaar. Zij wordt door de huisarts verwezen vanwege sociale-angstklachten. Eva maakt een teruggetrokken en bescheiden indruk. Haar grootste probleem is dat zij zich erg ongemakkelijk en angstig voelt in situaties met andere mensen. Dit overkomt haar in vrijwel alle sociale situaties en het sterkst in groepen. Eva zit aan het eind van haar studie bedrijfskunde en woont nog bij haar ouders thuis. Ze heeft wel eens met de gedachte gespeeld om op kamers te gaan wonen, maar dat durft ze uiteindelijk niet aan. Haar ouders vinden het ook wel gezellig dat ze thuis blijft wonen.

Eva is enig kind en heeft al sinds de middelbare school last van deze angstklachten. Spreekbeurten waren voor haar een ware beproeving. Ze kwam moeilijk uit haar woorden, had een rood hoofd en haar leraar vond het nodig om hier ook nog iets 'grappigs' over te zeggen. Ook de puberteit waarin de jongens en meisjes elkaar begonnen te ontdekken was voor haar een kwelling. Omdat ze er wel leuk uitzag kreeg ze wel belangstelling van de jongens, maar daar kon ze geen kant mee op. Ze was angstig en vond zichzelf een enorme stuntel. Om deze situaties te vermijden bleef ze zo veel mogelijk thuis. Ze had één vriendin met wie ze wel eens iets afsprak. Toen deze vriendin echter een vriendje kreeg, verwaterde het contact snel. Tijdens haar studie nam ze nauwelijks deel aan het studentenleven. Ze besteedde veel tijd aan haar studie en haalde hoge cijfers. In die tijd ging ze wel een paar keer

naar een studentenpsycholoog. Die stelde de diagnose sociale fobie. Ze stopte snel met dit contact toen ze de indruk kreeg dat de psycholoog wat overmatige belangstelling voor haar kreeg.

Ze heeft zich nu laten verwijzen door de huisarts, omdat het schrikbeeld opdoemt van stage moeten lopen. Tot nu toe kon ze de studie doorlopen zonder al te veel contact met andere mensen, maar nu heeft ze een stageplek gekregen in een relatief klein bedrijf waar het personeel veel met elkaar optrekt. Ze denkt dat ze dit niet aankan.

DSM-IV-TR-criteria

In DSM-IV-TR wordt de sociale fobie of sociale angststoornis omschreven als een duidelijke en aanhoudende angst voor een of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarin men wordt blootgesteld aan onbekenden of aan een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De betrokkene is bang dat hij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal vertonen) die vernederend of beschamend zijn. Deze angst mag niet in relatie staan tot een andere As-I- of een As-III-stoornis. Dit betekent dat bijvoorbeeld angst om te trillen als gevolg van de ziekte van Parkinson niet als sociale fobie kan worden aangemerkt. Wanneer de persoon zich in de gevreesde situatie bevindt, ervaart hij angst, die kan uitmonden in een situatiegebonden paniekaanval. Meestal wordt de situatie daarom vermeden, of als dit niet mogelijk is met veel angst doorstaan. Door het vermijdingsgedrag wordt het functioneren in een beroep of in sociale relaties nadelig beïnvloed. De patiënt is er verder van overtuigd dat zijn angst in feite overdreven is en niet in verhouding staat tot het reële gevaar dat hij loopt.

In DSM-IV-TR worden aparte richtlijnen gegeven voor het vaststellen van een sociale fobie bij kinderen (bij kinderen kan de angst bijvoorbeeld naar voren komen in de vorm van huilen, verstijven, of zich terugtrekken).

Klinisch beeld

Het tijdelijk optreden van gevoelens van spanning in bepaalde sociale situaties is voor vrijwel iedereen een bekend verschijnsel. Sollicitanten die tijdens het gesprek met hun mogelijke aanstaande werkgever liever de aangeboden kop koffie laten staan omdat ze vrezen die niet zonder knoeien naar binnen te zullen krijgen, zijn zeker niet zeldzaam. Net als Eva zijn er velen die niet met plezier terugkijken op de spreekbeurten op de middelbare school. Deze situaties zijn dikwijls geassocieerd met spanning, die tot uiting kan komen in lichamelijke verschijnselen zoals zwetende handen, blozende wangen, een trillende stem en hartkloppingen. De verschijnselen worden veelal uitgelokt door een gemeenschappelijk element, namelijk de angst om in het middelpunt van de aandacht te staan en vooral de angst om (kritisch) beoordeeld te worden door de anderen. Dit leidt op zich tot een aantal

invaliderende cognitieve processen, zoals sterke op zichzelf gerichte aandacht (*self-focused attention*) en het veelvuldig gebruik maken van zogeheten veiligheidsgedrag (*safety behaviour*) (Clark, 2001). Voor de meeste mensen is de spanning geen reden om dergelijke situaties uit de weg te gaan, en wordt de bijkomende alertheid vaak zelfs gezien als bevorderlijk voor het prestatievermogen. Uit deze voorbeelden blijkt dat het moeilijk is om een grens te trekken tussen de ‘normale’ gevoelens van ongemak in sociale situaties en de klinisch relevante sociale angst. Het voorbeeld van Eva maakt duidelijk dat er mensen zijn die door hun angst in sociale situaties zo belemmerd worden dat ze niet meer goed sociaal of beroepsmatig kunnen functioneren. In deze gevallen is, gezien de ernst van de klachten, de diagnose sociale fobie of sociale angststoornis van toepassing en is professionele hulp noodzakelijk.

Bij bespreking van het gedrag van mensen met sociale fobie wordt gewoonlijk onderscheid gemaakt in twee componenten, namelijk sociale vaardigheden en vermijdingsgedrag. Een aantal mensen met sociale fobie wordt gekenmerkt door inadequaat sociaal gedrag. De meeste onderzoeken tonen aan dat gedrag van mensen met een sociale fobie in een laboratoriumsituatie minder sociaal vaardig beoordeeld wordt dan gedrag van mensen zonder sociale fobie (Baker & Edelmann, 2002; Fydrich et al., 1998; Hopko et al., 2001). Bedenk wel dat dit niet noodzakelijkerwijs betekent dat er sprake is van gebrekkige sociale vaardigheden. Immers, het inadequate sociale gedrag kan ook het gevolg zijn van de ervaren angst in sociale situaties (Hopko et al., 2001).

Mensen met een sociale fobie vermijden vooral situaties waarin ze in het middelpunt van de belangstelling zouden kunnen komen. Overigens is vermijding geen voorwaarde voor de diagnose sociale fobie; hevige angst in situaties met anderen is voldoende. Sommige patiënten vertellen dat zij zichzelf dwingen om gevreesde situaties toch op te zoeken. Zij blijken dan meestal op subtiele wijze te vermijden dat zij in het middelpunt van de belangstelling komen, bijvoorbeeld door geen oogcontact te onderhouden, eerst zinnen uit het hoofd te leren om te voorkomen dat ze gaan stotteren, of stevig in een glas te knijpen om te voorkomen dat ze gaan trillen, of make-up te gebruiken om te voorkomen dat anderen zien dat ze blozen. Dergelijk gedrag wordt ook wel ‘*safety behaviour*’ genoemd. Hoewel mensen met een sociale fobie vaak denken dat hen dat helpt, heeft het juist vaak een paradoxaal effect: met dergelijk gedrag wordt juist vaak de aandacht getrokken – die ze kost wat kost willen vermijden (McManus, Saccadura, & Clark, 2008). In tegenstelling tot deze vormen van passieve vermijding vertonen anderen actieve vermijding, bijvoorbeeld veel praten. Zo proberen zij om de controle over het gesprek te behouden en te voorkomen dat er stiltes vallen waarin anderen bijvoorbeeld gevreesde onderwerpen zouden kunnen aansnijden. Ter bepaling van de ernst van de fobie en ten behoeve van de behandeling moet uiteraard de vermijding in kaart worden gebracht.

Kader 1.3 Sociaal fobici

Sociaal fobici vormen geen homogene categorie, maar kunnen onder meer aan de hand van de volgende dimensies worden onderscheiden (Scholing & Emmelkamp, 1995):

- sociaal vaardig versus sociaal onvaardig;
- lage fysiologische arousal versus hoge fysiologische arousal;
- rationele versus irrationele denkstijl;
- weinig vermijdend versus sterk vermijdend;
- angstig bij bekende personen versus angstig bij onbekende personen;
- angst in groepen versus angst in gezelschap van slechts één andere persoon.

Bij onderzoeken naar sociale fobie worden regelmatig pogingen ondernomen om subtypen binnen deze angststoornis te benoemen. Dit wordt onder meer ingegeven door het feit dat diverse soorten behandelingen weliswaar even goede resultaten te zien geven wanneer grote groepen patiënten worden vergeleken, maar dat diezelfde behandelingen in sommige individuele gevallen nauwelijks effect blijken te sorteren. Dit hangt mogelijk samen met de grote verschillen die binnen de groep sociaal fobici bestaan. Het nu gehanteerde onderscheid tussen gegeneraliseerde en specifieke sociale fobie lijkt ontoereikend. Er is een groep patiënten die vooral angst hebben voor lichamelijke verschijnselen als blozen, trillen of zweten in gezelschap. Aangezien deze angst in veel verschillende situaties kan optreden zou gesproken kunnen worden van een gegeneraliseerde sociale fobie. Er zijn echter ook argumenten om deze klachten juist op te vatten als een specifieke sociale fobie. Verschillende auteurs hebben bepleit deze groep met lichamelijke verschijnselen ook te beschouwen als een aparte categorie sociaal fobici (Bögels, Mulkens, & De Jong, 1997; Scholing & Emmelkamp, 1995). Bögels en Reith (1999) vonden dat de sociaal fobici met de angst voor lichamelijke verschijnselen te onderscheiden waren van de overige sociaal fobici wat betreft angst voor en vermindering van lichamelijke symptomen. De sterke op zichzelf gerichte aandacht bij sociale fobie lijkt ook hier een cruciale rol te spelen.

Achmed is een goedmoedige 52-jarige man van Marokkaanse afkomst die door zijn huisarts wordt verwezen. Achmed is getrouwd en heeft drie kinderen. Hij werkt als administrateur bij een groot bouwbedrijf. Sinds het eind van de middelbare school durft Achmed niets te eten of te drinken in gezelschap van anderen. Hij heeft dit altijd goed kunnen vermijden door bijvoorbeeld nooit samen met collega's te lunchen, maar door te werken. Tijdens familiefeesten eet en drinkt hij meestal helemaal niets. Daarnaast heeft hij grote angst te gaan blozen. In zijn puberteit had hij hier veel last van en durfde hij

nooit meisjes aan te spreken. Zijn vrouw heeft hij ontmoet op de bruiloft van de enige vriend die hij heeft. Zij nam toen het initiatief om met hem te praten en hem nog een keer uit te nodigen. Als volwassen man bloost hij vrijwel nooit maar hij is als de dood dat dit nog een keer zal gaan gebeuren. Tien jaar geleden kon hij promotie maken door hoofd van de gehele administratieve afdeling te worden. Hij heeft hiervoor bedankt vanwege zijn angst voor trillen en blozen. Hij zou dan ook vergaderingen moeten voorzitten, en die kan hij nu grotendeels vermijden. Achmed merkte dat hij, wanneer hij een aantal alcoholische consumpties op had, veel minder last had van zijn angst te gaan trillen en zelfs iets durfde te drinken waar anderen bij waren. Zijn vrouw was echter niet zo blij met deze vorm van 'zelfmedicatie'. Hij wordt nu verwezen door zijn huisarts, omdat zijn alcoholgebruik wat uit de hand dreigt te lopen.

De angst om te trillen is een soortgelijk probleem als het blozen, hoewel de situaties waarin het optreedt over het algemeen gemakkelijker zijn te vermijden, bijvoorbeeld eten of drinken in gezelschap (soep, koffie en thee), of het zetten van een handtekening. Ook contant betalen kan problemen opleveren, vooral het betalen met kleingeld. Een van onze patiënten vertelde dat ze nooit cheques uitschreef, en dat ze altijd met 'groot geld' betaalde. Ze telde niet hoeveel ze terugkreeg, omdat ze bang was dat daarbij haar trillende handen zouden opvallen. Pinnen was voor haar wel een uitkomst, maar ook dat gaf spanning omdat ze bang was de verkeerde pincode in te drukken en dan voor crimineel zou worden aangezien. Soms zijn de situaties echter niet of nauwelijks te vermijden, waardoor de noodzaak om hulp te zoeken toeneemt. Zo vertelde een verpleegster dat ze haar werk niet goed meer kon uitoefenen, omdat ze bij het geven van injecties soms hevig begon te trillen, vooral als een arts in de buurt was.

Zoals hierboven beschreven speelt een sterke op zichzelf gerichte aandacht hierbij een centrale rol. Door de toegenomen spanning verkrampst iemand, kan dan ook handelingen niet goed meer uitvoeren en begint te trillen of te stuntelen. Echter, bij veel patiënten met angst om te trillen ziet men dat het anticiperen op het gaan trillen veel groter is dan het daadwerkelijk trillen. Sterke vermijding en het veelvuldig gebruik maken van zogeheten veiligheidsgedrag (Clark, 2001), bijvoorbeeld alleen nog maar drinken uit heel grote mokken, zorgt ervoor dat iemand nauwelijks meer trilt maar dat het anticiperen op het trillen de belangrijkste bron is van de sociale angst.

Patiënten met sociale fobie hebben verschillende strategieën om de door hen gevreesde situaties te doorstaan. Één daarvan is het drinken van alcohol. Sociaal fobici staan in onderzoek naar angststoornissen (bijna) bovenaan voor overmatig alcoholgebruik (Marshall, 1994). Ook bij Achmed zagen we dat alcohol een dempende werking had op zijn trilangst. Uit onderzoek is bekend dat sociaal fobici met name alcohol gebruiken vóórdat ze ergens naartoe gaan, omdat ze zonder die alcohol de deur niet eens uit durven ('anticiperend drinken'). Het alcoholgebruik versterkt op zijn beurt dikwijls de sociale angst, omdat men zich schaamt voor het feit dat men gedronken

heeft en daar weer allerlei uitvluchten voor probeert te bedenken. Omgekeerd worden vaak bij alcoholverslaafden angststoornissen gediagnosticeerd (23 tot 69%, Kushner et al., 1990; Schade et al., 2005; Emmelkamp & Vedel, 2007). In het algemeen beginnen de fobische klachten eerder dan de alcoholproblemen, wat de theorie ondersteunt dat alcohol gebruikt wordt om angst te reduceren ('zelfmedicatie').

Differentiële diagnostiek

Hierboven is al beschreven dat het niet altijd eenvoudig is om diagnostisch de grens te trekken tussen normale spanning in bepaalde sociale situaties en sociaal-fobische angsten. Het merendeel van de mensen zal bij het spreken in het opbaar een zekere mate van spanning ervaren. Zo zijn er ook genoeg mensen met een vorm van verlegenheid die in sociale situaties ook een zekere mate van sociale angst zullen ervaren. Als echter de klachten een dusdanig beperking vormen in het beroepsmatig en sociaal functioneren kan de diagnose sociale fobie overwogen worden.

Met de criteria volgens DSM-IV-TR is het stellen van de diagnose sociale fobie niet eenduidig. De afbakening tussen gegeneraliseerde sociale fobie en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is nauwelijks te maken, aangezien de criteria voor de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis die van de gegeneraliseerde sociale fobie overlappen (Emmelkamp & Kamphuis, 2007). Bij beide diagnoses is een negatieve en kritische beoordeling door anderen een criterium en ook het vermijden van sociale situaties. Ralevski et al. (2005) vergeleken in een uitgebreide studie de demografische en klinische variabelen van een groep met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis met een groep met een sociale fobie met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Na een follow-up van twee jaar concludeerden zij dat de beide groepen niet zijn te onderscheiden en dat sociale fobie en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis wellicht verschillende concepten zijn voor een en dezelfde stoornis.

Bij patiënten met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis en ook bij patiënten met een autistiforme stoornis ziet men duidelijke sociale beperkingen. Ze hebben een zeer beperkt sociaal leven en zijn over het algemeen sociaal onvaardig. Het grote verschil met iemand met een sociale fobie is dat ze ook geen behoefte hebben aan sociale contacten en sociale interactie. Overigens zijn er ook sociaal fobici die aangeven geen behoefte te hebben aan sociale contacten. Vaak is dit bij hen te herleiden tot het feit dat ze alleen met zeer grote moeite sociale situaties kunnen doorstaan.

Ook de grens tussen de angststoornissen onderling is lang niet altijd duidelijk. De opzet van DSM-IV als een atheoretisch, puur beschrijvend systeem blijkt ook in dit opzicht een bezwaar. Tot nu toe wordt namelijk te weinig doorgevraagd naar de reden waarom iemand bang is voor bepaalde situaties en die situaties vermijdt. Dat dit wel belangrijk is, wordt door de volgende gevalbeschrijving geïllustreerd.

Bert, een 19-jarige jongeman, wordt in verband met agorafobische klachten door het maatschappelijk werk naar onze afdeling verwezen. Hij wordt tijdens het intakegesprek vergezeld door zijn moeder, die er automatisch van uitgaat dat zij bij het gesprek aanwezig zal zijn, want '... hij weet toch nooit wat hij moet zeggen ...'. Nadat de therapeut de moeder met enige moeite duidelijk heeft kunnen maken dat hij het zeer waardeert dat moeder is meegekomen en dat hij haar na het gesprek met haar zoon graag nog wil spreken, kan het gesprek beginnen. Dit verloopt echter moeizaam, omdat Bert inderdaad gewend is dat zijn moeder overal het woord voor hem doet, en hij slechts met moeite zelf een gesprek kan voeren. Hij kan echter wel aangeven wat de reden is van zijn komst. Na enkele jaren werkloos thuis te hebben gezeten kan hij een baan krijgen in het magazijn van een warenhuis in het centrum van de stad. Het probleem is echter dat hij al jarenlang niet meer alleen, zonder zijn moeder, de straat op is gegaan, en dat ook niet durft. Alleen met het openbaar vervoer reizen is een even groot probleem, en drukke winkels en winkelcentra durft hij zelfs in gezelschap van zijn moeder niet in. Op het eerste gezicht lijkt dit een ernstige vorm van agorafobie. Hij heeft echter nooit een paniekaanval gehad in dergelijke situaties. Op de vraag waarvoor hij precies bang is, kan hij aanvankelijk geen antwoord geven. Pas na enige tijd vertelt hij dat hij het vooral moeilijk vindt om mensen op straat tegen te komen, te beginnen met de burens. In gezelschap van zijn moeder zijn er geen problemen, want dan hoeft hij zelf nooit iets te zeggen. Op grond hiervan lijkt de diagnose sociale fobie meer van toepassing.

Uit dit voorbeeld blijkt hoe belangrijk het is om bij alle fobische stoornissen precies na te vragen waar de persoon in kwestie bang voor is. Het essentiële punt bij sociale fobie is de beleving van angst in het contact met andere mensen, en met name angst voor (kritische) beoordeling. Bij paniekstoornis en bij agorafobie gaat het daarentegen om de angst voor een paniekaanval, voor controleverlies, of voor hulpeloos alleen-zijn. Wel kan bij de angst voor een paniekaanval sociale schaamte (*social embarrassment*) een rol spelen, zoals voor in huilen uitbarsten, overgeven, of het in je broek doen.

Ook kan iemand met sociale fobie vertellen dat hij in de eigen woonplaats de deur niet uit durft en zeker geen winkels durft te bezoeken, terwijl diezelfde persoon rustig alleen naar een onbekende stad reist en daar in warenhuizen gaat winkelen. Het verschil is dat hij in de eigen woonplaats bang is bekenden tegen te komen, en in een onbekende stad niet. Evenzo zijn veel sociaal fobici prima in staat om alleen op vakantie te gaan, daar allerlei sociale contacten aan te knopen met vreemden en zich relatief gemakkelijk in een groep te bewegen.

Vaak is het moeilijk om onderscheid te maken tussen een paniekstoornis en een sociale fobie, omdat sociale angst kan uitmonden in een (situatiegebonden) paniekaanval. Overigens kunnen bij één persoon beide diagnoses van toepassing zijn. Van belang zijn de vragen in kader 1.4.

Kader 1.4 Paniekstoornis of sociale fobie?

- Is de persoon bang voor de symptomen op zich, zelfs als hij alleen is?
- Treden paniekaanvallen ook buiten sociale situaties op?
- Is het ontstaan van de stoornis meer typisch voor paniekstoornis of voor sociale fobie?

Een positief antwoord op de eerste twee vragen suggereert een paniekstoornis in plaats van een sociale fobie. Met betrekking tot de derde vraag: patiënten met een paniekstoornis zijn doorgaans goed in staat zich de eerste paniekaanval, die voor hen vaak volslagen onverwacht was, te herinneren. Bij mensen met een sociale fobie begint het vaak geleidelijker, behalve bij degenen met bloos-, tril- of zweetangst.

Een klacht die binnen DSM-IV-TR niet onder de angststoornissen maar onder de somatoforme stoornissen wordt gerekend, is de stoornis in de lichaamsbeleving, beter bekend onder de term *body dysmorphic disorder* (BDD) (dysmorfofobie). Deze diagnose wordt gesteld bij mensen die gepreoccupeerd zijn met een bepaald deel van hun lichaam omdat ze vinden dat daarmee iets mis is, terwijl voor deze overtuiging objectief gezien geen reden is. In geval er werkelijk van een lichte lichamelijke ‘afwijking’ sprake is, wordt de diagnose alleen gegeven als de bezorgdheid daarover sterk overdreven is. Voorbeelden van deze stoornis zijn:

- Ervan overtuigd zijn allerlei ontsierende haren in het gezicht en op het hele lichaam te hebben, en dat andere mensen daar voortdurend op letten en er de spot mee drijven.
- Ervan overtuigd zijn een kwalijke, doordringende geur te verspreiden.
- Ervan overtuigd zijn dat er iets mis is met de vorm of grootte van de geslachtsdelen of van andere lichaamsdelen, zoals oren of neus.

Gezien het obsessionele karakter van de stoornis dringt zich de vraag op of deze stoornis niet verwant is aan de obsessief-compulsieve stoornis. De overeenkomst met de sociale fobie ligt echter in het feit dat de meeste mensen met *body dysmorphic disorder* zich met name in sociale contacten erg ongemakkelijk voelen en die ook dikwijls vermijden.

1.5 Specifieke fobie

Mehmed, 48 jaar, meldt zich aan in verband met toenemende fobische klachten en depressie. Tijdens het intakegesprek blijkt hij een zeer ernstige vorm van claustrofobie en vliegangst te hebben. Hij zit in de Ziektewet vanwege ‘burn-out’, want hij kan sinds een half jaar zijn werk als liftmonteur niet meer uitvoeren. Bij nader inzien gaat het hierbij echter niet om burn-out, maar om een specifieke fobie. Hij vermijdt liften, doet de deur van de wc

niet op slot en sinds kort durft hij niet meer in een auto te zitten. Relatief los hiervan staat zijn vliegangst. Naast claustrofobische aspecten (het gevoel opgesloten te zitten), die hierbij ook een rol spelen, is Mehmed met name bang om neer te storten. Hij heeft om die reden al twaalf jaar niet gevlogen, maar nu hij niet meer in een auto durft te zitten, zou dit de enige mogelijkheid zijn om zijn familie in Turkije te bezoeken. Tot nu toe ging hij met het gezin elke zomer met de auto naar Turkije. De vliegangst is twaalf jaar geleden op een binnenlandse vlucht in Turkije ontstaan toen er vanwege een motorstoring een noodlanding gemaakt moest worden. De claustrofobie is ongeveer een jaar geleden ontstaan toen collega's hem als 'geintje' een uur in een lift hadden opgesloten. Hij kan zich nog herinneren dat hij doodsbang was, vooral omdat het vrijdagmiddag was.

DSM-IV-TR-criteria

Een specifieke fobie wordt gekenmerkt door een opvallende en aanhoudende angst, die wordt uitgelokt door de aanwezigheid van – of het anticiperen op – een specifiek object of een specifieke situatie. Wanneer patiënten met een dergelijke fobie worden blootgesteld aan de gevreesde 'stimulus', worden zij vrijwel onmiddellijk erg angstig (hetgeen bij sommigen uitmondt in een situationeel bepaalde paniekaanval). Om die reden hebben zij een dwingende neiging om deze stimulus te vermijden, hoewel ze weten dat de angst in feite onredelijk is (dit laatste hoeft bij kinderen niet het geval te zijn). De angst of vermijding moet duidelijk belemmerend zijn in het dagelijks functioneren (in beroep, school of sociale contacten), maar de ervaren last is doorgaans minder dan bij andere angststoornissen (Emmelkamp & Wittchen, 2009). De diagnose wordt alleen gesteld als de angst niet beter te verklaren valt door een andere psychische stoornis (waarbij vooral valt te denken aan een van de andere angststoornissen of een psychotische stoornis). In DSM-IV-TR wordt voor het eerst onderscheid gemaakt in verschillende typen binnen deze stoornis, te weten:

- dierfobie
- natuurgeweldfobie (angst voor hoogten, storm, water, onweer)
- bloed-/injectie-/letsselfobie
- situatiebepaalde fobie (angst om zich in vliegtuigen, liften en andere besloten plaatsen te bevinden)
- overige (bijvoorbeeld angst voor situaties die kunnen leiden tot stikken, overgeven, een specifieke ziekte opdoen).

Dit onderscheid in subtypen gaat ervan uit dat er voldoende onderscheidende kenmerken tussen de verschillende subtypen zijn wat betreft etiologie, fysiologisch reactiepatroon en comorbiditeit, maar hiervoor is weinig empirische steun (Cisler, Olantunji, & Lohr, 2009; Emmelkamp & Wittchen, 2009).

Klinisch beeld

Hoewel de ‘fobische stimulus’ kan verschillen, komen de onderscheiden vormen van de categorieën in DSM-IV-TR in essentie met elkaar overeen. Alleen de bloedfobie en de slikfobie nemen een aparte plaats in, reden waarom we die afzonderlijk bespreken. De specifieke fobie komt in ten minste één opzicht overeen met de sociale fobie. Beide angsten komen namelijk (in lichte vorm) in de ‘normale’ populatie veel voor en de grens tussen de ‘normale’ angst en de fobische variant verloopt vloeiend. In geval van een specifieke fobie komt daar nog bij dat de fobische stimulus soms vrij gemakkelijk is te vermijden, wat tot gevolg heeft dat weinig fobici een behandeling noodzakelijk vinden.

In de klinische praktijk komen de fobieën voor bepaalde dieren, voor kleine afgesloten ruimten, voor hoogten, voor bloed en medische handelingen (injecties, sessies bij de tandarts en dergelijke), voor onweer en voor het eten van (bepaald) voedsel het meest voor. In veel gevallen zijn geen andere (angst)stoornissen aanwezig. Als deze wel aanwezig zijn, lijken ze vaak los te staan van de dierfobie. Alle diersoorten komen in aanmerking als mogelijk fobisch object, maar bij één persoon beperkt de fobie zich gewoonlijk tot één bepaalde diersoort. Angsten voor spinnen, muizen, katten, honden en paarden komen het meeste voor. Vooral beweging van het dier lokt angstgevoelens uit, soms leidend tot sterke vermijdingsreacties die in geen verhouding staan tot het werkelijke gevaar. Slechts zelden is de dierfobie de enige reden om hulp te zoeken. Als dat wel het geval is, blijkt meestal dat de praktische leefomstandigheden van de betrokkene zijn veranderd, waardoor confrontatie met het gevreesde dier ineens veel vaker voorkomt. Dit gebeurt bijvoorbeeld na een verhuizing van een bovenhuis in de stad naar een woning op het platteland, waar veel meer spinnen en muizen rondlopen.

Sarah (19) zocht behandeling in verband met haar hevige angst voor spinnen. De angst was altijd wel enigszins aanwezig geweest, maar nooit belemmerend. Sinds kort was ze echter met haar vriend gaan samenwonen. Het huis lag op de begane grond en had een tuin en een schuurtje. Nadat Sarah enkele keren in het schuurtje een spin was tegengekomen, was haar angst snel toegenomen. Echt problematisch werd de situatie echter toen ze een spin in huis tegenkwam. Sinds dat moment durfde ze niet meer alleen thuis te zijn en hield ze alle ramen en deuren aan de achterkant hermetisch gesloten, evenals alle kasten in huis. Door de angst sliep ze slecht en onrustig, hetgeen weer een negatieve invloed op haar werk als secretaresse had. Ze begon door de vermoeidheid meer fouten te maken en werd prikkelbaarder, waardoor ze vaker conflicten kreeg, zowel met haar collega's als met haar vriend.

Een andere vorm van specifieke fobie is claustrofobie, dat wil zeggen de angst om opgesloten te zijn in kleine ruimten. Verschillende situaties kun-

nen moeilijk zijn, zoals liften, wc's of doucheruimten (vooral onbekende en met de deur op slot), badhokjes in een zwembad, kelders en het achterin in een auto zonder achterportieren zitten. Vooral als de fobie leidt tot ernstige problemen op het werk of in het dagelijks leven is hulp noodzakelijk. Dit was bijvoorbeeld het geval bij een glazenwasser die jaren goed had gefunctioneerd. Nadat hij een ongeluk had meegemaakt, kreeg hij last van hoogtevrees en durfde hij niet meer de ladder op. En een stewardess meldde zich bij ons voor behandeling voor vliegangst aan nadat zij een vlucht met ernstige motorstoring had meegemaakt.

Behalve de bovengenoemde situatiebepaalde fobieën rapporteren sommige patiënten specifieke objectfobieën. Voedsel- en slikfobieën zijn twee essentieel verschillende klachten, waarvan eigenlijk alleen de laatste voor de klinische praktijk relevant is. Wat wel 'voedsel-fobie' genoemd wordt is strikt genomen meestal geen fobie, maar een aversie, namelijk voor bepaalde soorten voedsel. Nuttigen van het betreffende voedsel leidt gewoonlijk niet tot angst, maar veeleer tot walging en (neiging tot) overgeven. Dergelijke aversies kunnen ontstaan in de kindertijd (de bekende weerzin tegen spruitjes, uien of lof) maar ook pas op latere leeftijd. In het laatste geval is vaak sprake van een aversieve ervaring met het betreffende voedsel (bijvoorbeeld een keer misselijk geworden na het eten ervan). Aangezien het vrijwel altijd mogelijk is om het bewuste voedsel te vermijden, is behandeling nauwelijks nodig. Anders ligt het met de slikfobie, die gewoonlijk niet gekoppeld is aan de smaak van bepaalde soorten voedsel. Bij een slikfobie gaat het meestal om de angst om in het voedsel te stikken. Daarom is de fobische angst over het algemeen sterker bij vast dan bij vloeibaar voedsel. Deze fobie kan ernstige vormen aannemen, zodanig dat bijvoorbeeld sterk gewichtsverlies het gevolg is. Daarnaast heeft een dergelijke fobie gewoonlijk ingrijpende consequenties voor het sociale leven, aangezien eten of drinken in gezelschap bij ernstige vormen niet of nauwelijks mogelijk is.

Bloed-/injectie-/letsselfobie

Het aanschouwen van bloed of lichamelijk letsel roept bij veel mensen een ongemakkelijk gevoel op. Sommige mensen worden door deze gevoelens zo overweldigd en in hun functioneren belemmerd dat sprake is van een bloedfobie. Deze fobie vertoont enkele opmerkelijke verschillen in vergelijking met andere specifieke fobieën, vooral wat betreft de lichamelijke symptomen en de bijkomende gevoelens. Deze punten worden achtereenvolgens kort besproken.

Van de dierfobieën, situatiegebonden fobieën en andere objectfobieën is bekend dat de angst zich uit in verhoogde lichamelijke arousal, zoals verhoging van de hartslag. Daarnaast wordt dikwijls door de betrokken individuen een gevoel van bijna flauwvallen ('slap gevoel in de benen, duizeligheid') gerapporteerd in confrontatie met de fobische stimulus. Werkelijk flauwvallen komt echter bij deze klachten zelden voor. Bij de bloedfobie daarentegen treedt na een aanvankelijke (zeer korte) verhoging van de algemene arousal een duidelijke verlaging van hartslag en bloeddruk op. De

betrokkene wordt bleek, begint te zweten en klaagt over misselijkheid, waarna flauwvallen zeker geen uitzondering is (Marks, 1987). Zulke verschijnselen wijzen op activiteit van het parasympathische zenuwstelsel, volgend op een aanvankelijke sympathische activiteit. Deze wisseling wordt het ‘difasische responspatroon’ genoemd. Recent onderzoek laat echter zien dat het hier beschreven beeld zeker niet voor alle bloedfobici geldt (Sarlo et al., 2008). Als de confrontatie met het bloed slechts kort duurt, treden de parasympathische verschijnselen niet op. Het tweede verschil tussen de bloedfobie en de meeste andere specifieke fobieën is dat bij de eerste niet zozeer angst wordt gerapporteerd, maar vooral misselijkheid/walging (Cisler et al., 2009); deze walging is overigens ook kenmerkend voor een aantal mensen met spinfobie en smetvrees. In die zin is het zelfs wat twijfelachtig of de term bloedfobie wel zo juist is gekozen. De betrokken persoon lijkt eerder bang te zijn voor het flauwvallen dan voor het bloed op zichzelf; bovendien is deze angst om flauw te vallen in een aantal gevallen reëel.

Differentiële diagnostiek

Bij de diagnostische criteria werd al opgemerkt dat volgens DSM-IV-TR de diagnose specifieke fobie pas kan worden gesteld als de angst niet beter valt te omschrijven met een van de andere angststoornissen. Met name worden daarbij genoemd de angst voor een paniekaanval, al dan niet gecombineerd met agorafobie. Zo zijn patiënten met een paniekstoornis meestal ook bang om opgesloten te raken in kleine ruimten, die zij dan ook zo veel mogelijk vermijden. Belangrijk voor de differentiële diagnostiek is de vraag of er sprake is van paniekaanvallen in de voorgeschiedenis, of (enkele van) deze aanvallen ook volslagen onverwacht zijn opgetreden (en niet uitgelokt door het opgesloten zijn in een kleine ruimte) en of ze ook optreden in andere situaties. Ook de angst voor kritische beoordeling door andere personen of zich in verlegenheid gebracht voelen is geen specifieke fobie, maar een sociale fobie. Het niet aanraken van bepaalde voorwerpen (bijvoorbeeld deuren, stoelen, andere mensen) uit vrees om besmet te worden is geen specifieke fobie, maar een dwangstoornis. Ten slotte treedt vermijding van stimuli die aan een trauma doen herinneren (bijvoorbeeld bepaalde plaatsen of objecten of het bekijken van foto’s) dikwijls op bij een posttraumatische stress-stoornis. Ook in dergelijke gevallen is de diagnose specifieke fobie niet van toepassing.

1.6 Obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Joost is een ongehuwde man van 32 jaar die weliswaar een eigen woning heeft, maar vanwege zijn onzekerheid bij zijn ouders inwoont. De hoofdklacht is de dwang om allerlei gedachten op te schrijven. Hij is bang dat hij dingen vergeet die hij gezien, gevoeld en meegemaakt heeft. Verder is hij over

het algemeen erg perfectionistisch. Joost is zeven jaar geleden begonnen met het dwangmatig schrijven, zonder dat hij een duidelijke aanleiding kan aanwijzen. In het begin gebeurde dit in de vorm van het bijhouden van een dagboek, wat uitgegroeid is tot een bijna continu opschrijven van zijn gedachten en gevoelens. De gedachte iets te vergeten maakt hem erg angstig; door het op te schrijven neemt de spanning tijdelijk af. Hij schrijft zijn gedachten en gevoelens op kleine papiertjes die hij in dozen bewaart. Dingen die hij op moet schrijven zijn zijn leeftijd, lichamelijke ervaringen, gebeurtenissen die hij wil onthouden, titels van boeken, herinneringen. Hier is hij dagelijks uren mee bezig. Joost vermijdt het lezen van kranten, omdat hij dan steeds terug moet lezen en voortdurend dingen moet opschrijven. Verder heeft hij last van controledwang (gericht op het gas, het licht, de deuren enz.) en overdreven netheid: alles heeft een vaste plaats en volgorde. Daarnaast moet alles bewaard worden en kan hij niets weggooien (verzamelwang). Behalve met zijn ouders heeft hij geen sociale contacten.

DSM-IV-TR-criteria

Bij de obsessief-compulsieve stoornis, verder in dit boek meestal aangeduid met de term ‘dwangstoornis’, staan obsessies (dwanggedachten) of compulsies (dwanghandelingen) centraal. Beide symptomen komen in een aantal opzichten overeen, manifesteren zich elk op karakteristieke wijze en komen dikwijls in combinatie voor. DSM-IV-TR omschrijft dwanggedachten als hardnekkige ideeën, gedachten, impulsen of voorstellingen die, in ieder geval aanvankelijk, beleefd worden als opdringerig en zinloos. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een ouder de terugkerende impuls heeft om het kind te doden waar hij of zij van houdt of wanneer een zeer religieus iemand steeds godslasterlijke gedachten heeft. De betrokkene probeert zulke gedachten of impulsen te negeren of te onderdrukken of om ze te neutraliseren met een andere gedachte of handeling. De patiënt ziet in dat de obsessies een product zijn van zijn of haar eigen geest en dat zij niet van buitenaf opgedrongen worden (zoals bij gedachte-inbrenging). Wanneer een andere As-I-stoornis aanwezig is, staat de inhoud van de obsessie daarmee niet in verband. De ideeën, impulsen of voorstellingen gaan bijvoorbeeld niet over schuldgevoelens in het geval van een depressieve episode.

Dwanghandelingen (compulsies) worden gekenmerkt door herhaaldelijke, doelgerichte en intentionele gedragingen of mentale activiteiten die uitgevoerd worden als antwoord op een dwanggedachte of volgens bepaalde regels of op een stereotiepe manier. Dit gedrag is gericht op het ‘neutraliseren’ of voorkómen van ongemak en spanning of van een gevreesde gebeurtenis of situatie. De handeling hoeft echter niet op realistische wijze verband te houden met datgene wat voorkómen of geneutraliseerd moet worden, ofwel is duidelijk buiten proportie, hetgeen ook door de patiënt wordt ingezien. Dit laatste hoeft niet zo te zijn bij jonge kinderen of bij mensen wier obsessies zich langzamerhand tot ‘waanachtige’ ideeën (*overvalued ideation*) ont-

wikkeld hebben. Mentale activiteiten die tot doel hebben de angst te reduceren worden in DSM-IV-TR tot de compulsies gerekend. Verder geldt dat de dwanghandelingen of -gedachten aanzienlijke last veroorzaken, dat ze tijdrovend zijn (ze beslaan meer dan een uur per dag) of dat ze interfereren met het dagelijks leven, met de uitoefening van een beroep of gebruikelijke sociale activiteiten of relaties met anderen.

Klinisch beeld

Hoewel dwangmatige rituelen en dwanggedachten gewoonlijk van elkaar worden onderscheiden, heeft ongeveer 80% van de mensen met dwangklachten last van beide verschijnselen. Zuivere rituelen zonder dat die vergezeld gaan van dwanggedachten komen zelden voor. Meestal gaan de obsessies aan de rituelen vooraf, maar ook komt het voor dat de volgorde andersom is. De volgende casus vormt hiervan een goede illustratie.

Een jonge vrouw van 27 jaar heeft sinds zij 8 jaar oud was last van obsessies zoals: 'God is vervloekt', 'God is een zak' en 'God is gek'. Deze gedachten worden vaak niet in het Nederlands, maar in het Engels gesteld, omdat dat voor haar minder angstaanjagend is. Zij probeert deze gedachten te neutraliseren door zo'n twintig maal per dag op willekeurige plaatsen in haar woning te knielen. Dan vraagt zij aan God vergeving door hardop te bidden, te kermen, haar hoofd te schudden, linksom te draaien, een stap terug te doen, niet op lijnen te lopen enzovoort. Verder heeft zij obsessieve gedachten met de volgende inhoud: 'Bid ik wel tegen God of bid ik tegen de duivel?', 'Mag ik wel naar een man kijken of niet?', 'Houd ik wel van mijn man?', 'Mag ik wel een auto kopen?', 'Mag ik wel een video kopen?'. Ook deze gedachten probeert zij te neutraliseren. Tijdens de intake wordt duidelijk dat de patiënte zeer streng gereformeerd is opgevoed. Al vanaf haar achtste jaar is zij onzeker over wat goed en kwaad is, omdat de Bijbel daar naar haar idee geen duidelijke richtlijnen over geeft. Vooral het bijbelse gebod je ouders te eren maakt haar onzeker. Emotioneel kan zij haar gevoel van boosheid ten opzichte van haar ouders niet rijmen met de geboden die zij dagelijks te horen krijgt. De eerste dwanggedachte uit die tijd die ze zich herinnert, heeft als inhoud: 'Mijn ouders zijn vervloekt'. Om deze gedachte ongedaan te maken voegde zij het woordje 'niet' toe, totdat zij in de loop van de tijd wel vijf of zes keer het woordje 'niet' gebruikte: 'Mijn ouders zijn niet niet niet niet niet vervloekt'. De twijfelobsessies ontstaan na haar trouwen. Haar moeder was het met haar keuze niet eens, wat de patiënte ernstig in conflict bracht. Ook haar obsessies dat zij anderen wat aan kan doen, zijn in die tijd ontstaan en hebben als inhoud dat zij haar man en schoonouders zou kunnen doden.

De meest voorkomende soorten dwanggedachten betreffen de angst voor vuil en besmetting (smetvrees). Één op de vier patiënten heeft gedachten aan geweld of iemand iets aan willen doen (bijvoorbeeld je kind doden). Verder

komt twijfel (bijvoorbeeld zich bij herhaling afvragen of men geen ernstige fouten gemaakt heeft) in veel gevallen voor als dwanggedachte. Dwanghandelingen die veel voorkomen zijn tellen, schoonmaken of (handen) wassen, controleren en aanraken.

Schoonmaakdwang Schoonmaakdwang wordt doorgaans in verband gebracht met angst voor besmetting, die ertoe leidt dat patiënten zichzelf, hun huis en hun kinderen en partner willen reinigen. Wanneer zo iemand iets aanraakt wat besmet zou kunnen zijn (bijvoorbeeld een deurknop, andere mensen of voedsel), dan moeten handen en armen gewassen worden of moet men een bad of douche nemen. ‘Moeten’ verwijst naar het dwingende karakter van de handelingen: de betrokkene kan zich er niet aan onttrekken, omdat gevoelens van angst en spanning in zo’n geval sterk toenemen. Niet alleen daadwerkelijke aanraking, maar ook gedachten daaraan kunnen de was- en schoonmaakrituelen in gang zetten.

Controledwang Bij controledwang komt het vaak voor dat de betrokkene nagaat of ramen en deuren wel goed gesloten zijn en of het gas uit is. Wanneer de patiënt het huis verlaat, gaat hij of zij vaak ettelijke malen terug om te controleren of alles inderdaad in orde is. Niet teruggaan levert grote spanning op die door de betrokkene op momenten als ondraaglijk beleefd kan worden, terwijl controleren de spanning doet afnemen. Het controleren kan vele vormen aannemen, zoals terugrijden in de auto om te zien of je een ongeluk veroorzaakt hebt, of teruggaan naar kantoor om na te gaan of je iemand in een kast hebt opgesloten.

Een depressieve 23-jarige onderwijzeres, Ineke, heeft obsessies dat zij lesbisch zou zijn en ook moet zij allerlei dingen controleren. De klachten zijn drie jaar eerder begonnen nadat zij door een lesbische vrouw benaderd was. Deze benadering hield geen seksueel contact in, maar doordat zij de belangstelling van deze vrouw wel aangenaam vond, begon ze te vrezen zelf lesbisch te zijn. Ineke vond deze ontdekking verschrikkelijk en was erg bang dat zij het anderen per ongeluk zou vertellen. Hierna zijn allerlei rituelen ontstaan, zoals het controleren van tijdschriften, boeken en schoolschriften uit angst dat zij hierin over een aantal mensen opgeschreven heeft dat die homoseksueel zijn. Daarnaast moet zij voortdurend kasten op school controleren uit angst dat zij hierin kinderen heeft opgesloten. Thuis moet zij het gas controleren (uit angst voor brand), de kraan en het toilet (uit angst voor overstroming) en deuren en ramen (uit angst voor inbraak). Zij moet alles opschrijven wat ze gedaan heeft, zodat ze zeker weet dat zij alles gecontroleerd heeft.

Mensen met dwanggedachten en -handelingen proberen meestal situaties en stimuli te vermijden die dergelijke gedachten of handelingen zouden kunnen oproepen. Dit wordt aangeduid met de term *passieve vermijding*. Met *actieve vermijding* daarentegen wordt de ‘motorische’ component van het

obsessief-compulsieve gedrag bedoeld, zoals controleren en schoonmaken. In het algemeen zien we dat het actieve en passieve vermijdingsgedrag van de dwangmatige persoon nauw samenhangt met de inhoud van de dwang. Het volgende voorbeeld verduidelijkt dit.

Bij mevrouw De Wit (52 jaar) begon de dwang pas op latere leeftijd. Hoewel zij altijd wel erg netjes was, ontstond haar schoonmaakdwang vier jaar geleden na een ziekenhuisopname voor een baarmoederontsteking. Sinds die tijd heeft ze grote angst voor alles wat te maken heeft met ziekte en mogelijke besmetting. Deze angst leidt zowel tot vermindering van allerlei situaties waarin ze besmet zou kunnen raken alsook tot uitgebreide dwanghandelingen. Zo vermijdt ze winkelstraten, drukke winkels en contact met mensen. Als ze winkelt, moet ze een hoofddoek om. Ziet ze iemand die er vies uitziet of hoort ze iemand kuchen, dan legt ze de boodschappen weg en rent naar huis om zich uitgebreid te douchen. Ze gaat gemiddeld vier keer per dag onder de douche. De was wordt zeer zorgvuldig behandeld; bij het ophangen mag niets worden aangeraakt. Vooral slipjes leveren veel problemen op. Deze moeten beschermd achter de andere was hangen. In geval van twijfel, en dat is bijna altijd, worden de slipjes drie à vier keer opnieuw gespoeld en één voor één naar boven gebracht. De was moet binnen of onder een afdakje hangen. Komt er iemand in de buurt, dan wordt alles opnieuw gespoeld. Zij mag het kruisje van het slipje bij het aankleden niet met de voeten aanraken. Haar voeten wast ze ettelijke malen achtereen en beschermt ze door speciale 'schone' klompen. Wordt het kruisje toch geraakt of bestaat daarover twijfel, dan gaat het slipje direct in de was. Dit gebeurt soms verscheidene malen achtereen. Panty's, lange broeken en pyjamabroeken worden niet gedragen. Mevrouw De Wit vindt de grond ook erg angstaanjagend en zo komt het dat niets de vloer mag raken, bijvoorbeeld dekens, strijkgoed, de was, handdoeken; anders moet het direct in de was. Tijdens het eten koken wast zij haar handen herhaaldelijk, evenals alle etenswaar, zoals onverpakt brood, vlees en sinaasappels. Wanneer zij naar het toilet gaat, zet mevrouw De Wit alle deuren naar het toilet open en loopt ze naar de wc met de handen op de 'chirurgenmanier' – zoals ze dat noemt – voor zich uit. De deur van de wc blijft altijd op een kier staan. Toiletpapier gebruikt ze in excessieve hoeveelheden. Vooraf doet ze haar jurk of rok in de keuken uit. Vanwege dit ritueel gaat ze buitenshuis nooit naar een toilet. Verder heeft zij last van dwanghandelingen gericht op het veelvuldig controleren van het gas, het licht, kranen, de kachel en de auto. Bij het verlaten van het huis moet ze tien keer teruggaan om dit alles opnieuw te controleren. Ook moet ze voortdurend nagaan of ze geen steek heeft laten vallen in haar breiwerk. Haar echtgenoot moet bij al deze controlehandelingen voortdurend geruststelling geven. Ze vraagt hem steeds of hij iets beschadigd heeft, of hij niet vies is en of hij wel het huis gecontroleerd heeft.

Vermijdingsgedrag hangt dus nauw samen met de inhoud van de dwanggedachten. Patiënten met de obsessie anderen te verwonden, vermijden scherpe voorwerpen (zoals messen, scharen en glasscherven), touw, of het alleen-zijn met kleine kinderen. Sommigen echter zijn banger zichzelf iets aan te zullen doen dan iemand anders. Mensen met controledwang gaan bijvoorbeeld situaties uit de weg die hun rituelen uitlokken, zoals het alleen-zijn, autorijden, lucifers gebruiken of als laatste naar bed gaan. Mensen met wasdwang doen vaak veel moeite om besmetting te voorkomen. Wanneer obsessies te maken hebben met de dood, vermijden mensen allerlei situaties die hen op zulke gedachten kunnen brengen, zoals de krant lezen (overlijdensadvertenties), televisie kijken en naar een begrafenis gaan. In zulke gevallen kunnen de rituelen heel subtiel zijn en bijvoorbeeld bestaan uit het aanraken van bepaalde voorwerpen, het noemen van bepaalde nummers of gezegden of steeds maar weer herhalen waar men mee bezig was.

Dwangmatig kopen en verzameldwang Minder gebruikelijke soorten van dwanggedrag betreffen dwangmatig kopen of verzameldwang (*hoarding*). Dwangmatig kopen houdt in dat iemand de sterke neiging heeft om allerlei dingen te kopen (zonder deze nodig te hebben) ‘omdat ze zo voordelig zijn’. Iemand die lijdt aan dwangmatig verzamelen, kan kasten vol hebben met oude kassabonnen, aantekeningen, honderden paren schoenen en ondergoed. In extreme gevallen kunnen die voorwerpen hele kamers vullen. De voorwerpen worden niet gebruikt, maar de patiënt is bang om ze weg te gooien omdat ze nog wel eens van pas zouden kunnen komen. Dwangmatig verzamelen kan als een (ernstige) variant van twijfeldwang beschouwd worden.

Dwangmatig tellen Dwangmatig tellen is een vorm van obsessief-compulsief gedrag die vaak samengaat met controleren en wassen; bij sommigen is dit tellen echter het kernsymptoom van de dwangklachten. In zo’n geval moet iemand zijn handelingen een bepaald aantal keren herhalen. Het komt voor dat mensen een bepaald getal aanhouden (bijvoorbeeld drie of vijf) of alles een (on)even aantal keren uitvoeren. Wanneer de uitvoering van dit ritueel om een of andere reden wordt onderbroken of de patiënt tijdens het ritueel niet meer weet of het goed is uitgevoerd, dan moet alles nog eens zo vaak gebeuren. Andere getallen (bijvoorbeeld drie of zeven of dertien) kunnen de betekenis van gevaar in zich herbergen en in dat geval moet de patiënt juist voorkómen om iets drie of zeven of dertien keer te doen.

Netheid Voor sommige mensen is *netheid* het voornaamste probleem. (Dit moeten we overigens onderscheiden van alledaagse netheid die geen dwangmatig karakter heeft.) Zij moeten voorwerpen steeds maar weer op een bepaalde manier rangschikken, zoals grammofoonplaten, boeken, kleren in een kast, bestek, meubelen enzovoort. In extreme gevallen is de betrokkene de hele dag bezig om alles op precies die bepaalde manier op te ruimen of neer te leggen. Ten slotte zijn er mensen met dwangmatige traagheid – die

een ongebruikelijk lange tijd bezig zijn met routinehandelingen zoals aan- en uitkleden.

Neutraliserende gedachten Ten slotte merken we op dat neutraliserende gedachten vaak dezelfde functie hebben als rituelen, namelijk het ongedaan maken van de schadelijke gevolgen van de obsessie. Een van onze patiënten die een godslasterende obsessie had ('God is gek'), moest iedere keer wanneer de obsessie voorkwam neutraliserende gedachten denken ('Ik blijf katholiek'). Hierdoor nam de angst die door de godslasterlijke gedachte werd veroorzaakt, weer af.

Differentiële diagnostiek

Obsessief-compulsief gedrag kan in een aantal opzichten onderscheiden worden van enkele andere stoornissen. Net als mensen met agorafobie vermijden sommige dwangpatiënten het zich buitenshuis begeven. Het verschil tussen beide bestaat uit het motief voor de vermijding: mensen met agorafobie zijn bang een paniekaanval te krijgen of onwel te worden, terwijl dwangpatiënten bijvoorbeeld bang zijn voor besmetting. Wanneer obsessieve gedachten het gevolg zijn van ernstig traumatiserende ervaringen, spreekt men eerder van een posttraumatische stress-stoornis dan van obsessief-compulsief gedrag.

Depressie komt vaak voor bij mensen met een dwangstoornis. In de meeste gevallen is de depressie secundair aan de dwang en dit is gezien de ernst van de stoornis niet verwonderlijk.

Ook komen obsessieve gedachten vaak voor tijdens depressieve episoden, maar verdwijnen zij wanneer de depressie voorbij is; in die gevallen wordt de diagnose 'depressie' gesteld. Indien de obsessies en/of compulsies voorkomen tijdens een psychotische episode, spreekt men evenmin van obsessief-compulsief gedrag.

Bepaalde obsessieve gedachten worden niet als obsessief-compulsief gedrag benoemd. Excessieve en dwangmatige gedachten van bezorgdheid over de eigen gezondheid vallen onder de diagnose 'hypochondrie', terwijl de preoccupatie met het hebben van een al dan niet vermeende lichamelijke afwijking (bijvoorbeeld een grote neus) gediagnosticeerd wordt als *body dysmorphic disorder* (eerder in dit hoofdstuk kwam deze stoornis al aan de orde).

Tics onderscheiden zich van dwanghandelingen doordat zij onwillekeurig voorkomen, terwijl de laatstgenoemde willekeurig zijn. Echter, een aanzienlijk aantal mensen met het syndroom van Gilles de la Tourette (gekenmerkt door enkele motorische en één of meer vocale tics) lijdt tevens aan een dwangstoornis.

1.7 Posttraumatische stress-stoornis

Mohammed, bedrijfsleider in een supermarkt, werkte twee jaar geleden in de winkel toen vrijdag net voor sluitingstijd drie gewapende mannen de winkel binnen kwamen. Een van hen zette een pistool op het hoofd van een caissière en dwong haar de kassa open te maken. Mohammed probeerde tussen de caissière en de mannen in te gaan staan, kreeg een klap op zijn hoofd en werd samen met de caissière in het magazijn opgesloten en gedwongen met een pistool tegen zijn hoofd de code van de kluis te noemen. De dagen na de overval is hij erg angstig, hij slaapt nauwelijks en kan niet meer naar zijn werk. 's Nachts droomt hij nog steeds over de overval en wordt dan badend in het zweet wakker. Televisie durft hij niet meer te kijken uit angst met geweld geconfronteerd te worden. Hoewel de daders – mede door het signalement dat hij kon geven – gearresteerd zijn, durft hij niet meer naar buiten te gaan, omdat hij bang is handlangers van de daders tegen te komen die wraak willen nemen.

DSM-IV-TR-criteria

De persoon in kwestie heeft een ernstige traumatische gebeurtenis meegemaakt, waarbij hij of zij intens angstig of hulpeloos was. Voorbeelden hiervan zijn bedreigingen van de persoon zelf of van de partner, kinderen, naaste familieleden of vrienden; plotselinge verwoesting van de eigen woonomgeving of het zien van iemand anders die ernstig gewond of gedood is of wordt bij een ongeluk of door fysiek geweld. Er kunnen drie symptoomclusters onderscheiden worden, namelijk met betrekking tot herbeleving, vermijding en verhoogde arousal.

De traumatische belevenis wordt hardnekkig herbeleefd op ten minste één van de volgende manieren:

- terugkomende, opdringende en verontrustende herinneringen aan de gebeurtenis;
- terugkerende, verontrustende dromen over de gebeurtenis;
- een plotseling handelen of voelen alsof de gebeurtenis plaatsvond (hierbij hoort ook een gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven, zinsbegoochelingen, hallucinaties en dissociatieve momenten, zelfs wanneer deze bij het ontwakken voorkomen of wanneer iemand onder invloed van middelen verkeert);
- een intens psychisch lijden wanneer de persoon wordt blootgesteld aan gebeurtenissen die sterk lijken op de traumatische gebeurtenis of die deze symboliseren, waaronder ook worden verstaan de 'verjaardagen' van de gebeurtenis(sen);
- de betrokkene reageert met (sterke) lichamelijke verschijnselen tijdens (confrontatie met) gebeurtenissen die sterk lijken op de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis.

Stimuli die in verband gebracht worden met het trauma worden hardnekkig

vermeden, ofwel de algemene responsiviteit wordt verdoofd (hetgeen vóór het trauma niet het geval was). Dit komt tot uiting in ten minste drie van de volgende aspecten:

- pogingen om gedachten en gevoelens te vermijden die met het trauma in verband staan;
- pogingen om activiteiten, situaties of mensen te vermijden die de herinnering aan het trauma opwekken;
- het onvermogen om zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren;
- een opvallende afname van de belangstelling voor belangrijke activiteiten;
- een gevoel van vervreemding van anderen of van er niet bij horen;
- een inperking van het affect, bijvoorbeeld onvermogen om liefhebbende gevoelens te koesteren;
- een gevoel van weinig toekomstperspectief, bijvoorbeeld wanneer de persoon in kwestie geen verwachtingen heeft van een loopbaan, een huwelijk, kinderen of een lang leven.

Minstens twee van de volgende verschijnselen van een verhoogde arousal komen voor (die niet aanwezig waren vóór het trauma): moeite om in slaap te vallen of om door te slapen, prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid of overdreven schrikreacties.

Er is alleen sprake van posttraumatische stress-stoornis indien de symptomen uit de drie bovengenoemde clusters langer duren dan één maand en de stoornis leidt tot klinisch significante spanning of het functioneren in beroep of relaties beperkt.

Klinisch beeld

De posttraumatische stress-stoornis is wellicht de enige angststoornis waarvan het begin duidelijk is aan te wijzen. Dat wil echter niet zeggen dat een ieder die een trauma meemaakt dat buiten de alledaagse ervaring ligt, op dezelfde wijze reageert. De trauma's zijn van uiteenlopende aard en omvatten onder andere: oorlog, seksuele en geweldsmisdrijven (verkrachting, aanranding, incest), bankovervallen, natuurrampen en ongelukken. In de Verenigde Staten heeft het onderzoek bij Vietnam-veteranen belangrijke kennis opgeleverd over de posttraumatische stress-stoornis. In de literatuur vindt men slechts weinig informatie over getroffenen uit gebieden buiten de westerse wereld. Pas wanneer zij zich als politiek vluchteling aandienen, realiseert men zich de invloed die een dergelijke status heeft op het huidige functioneren van deze mensen. Vanwege taalproblemen in het gastland kunnen zij vaak nauwelijks onder woorden brengen wat het voor hen betekent om te zijn gemarteld of om gezien te hebben hoe hun familie is uitgemoord of anderszins omgekomen.

Bij veel mensen begint de stoornis enkele uren of dagen na de confrontatie met het trauma. In een aantal gevallen gaan er jaren voorbij voordat klachten (zoals herbeleving, vermijding, toegenomen arousal) zich in alle hevigheid openbaren. Van verschillende slachtoffers van de verschrikkingen van een concentratiekamp is bijvoorbeeld bekend dat ze na de oorlog hard aan

het werk zijn gegaan, daarmee alle herinneringen aan het trauma verdringend. Men zou dit kunnen opvatten als een langdurige vorm van vermijdingsgedrag. Wanneer echter op welke wijze dan ook een einde komt aan de actieve deelname aan het arbeidsproces, door pensioen of arbeidsongeschiktheid, kan een posttraumatische stress-stoornis zich alsnog openbaren.

Slaapstoornissen nemen bij veel van deze patiënten een prominente plaats in, evenals alcohol- en medicijngebruik of -misbruik en andere verslavingen (Emmelkamp & Vedel, 2007). In de meeste gevallen gaat het hierbij om zelfmedicatie: alcohol en/of drugs worden gebruikt om de pijnlijke emoties en herinneringen te 'verzachten'.

Een belangrijk kenmerk van de stoornis is de beperkte responsiviteit. Dit kan in milde gevallen aanleiding geven tot de klacht dat iemand zich vreemd voelt van anderen en er niet bij hoort. In ernstige mate is er sprake van onvermogen om emoties te ervaren, in het bijzonder die van een meer intieme soort zoals liefde, seksualiteit en tederheid. Daarnaast heeft PTSS vaak gevolgen voor de omgeving van de patiënt. Vooral de preoccupatie met het trauma en de daar vaak mee samenhangende emotionele verkillung kunnen een zware last betekenen voor overige gezinsleden. Dit kan weer leiden tot relatieproblemen. Relatieproblemen kunnen zo in tweede instantie een bron van zorg worden, evenals problemen in de dagelijkse werkzaamheden.

Vaak wordt onderscheid gemaakt tussen twee typen trauma's. Er is sprake van een 'trauma type I' als de gebeurtenis eenmalig is, onverwacht optreedt en slechts van korte duur is (zoals een ongeluk, verkrachting, natuurramp). Bij een 'trauma type II' gaat het om herhaalde traumatisering (zoals herhaald seksueel misbruik als kind, foltering in gevangenschap). Gegeven het feit dat slachtoffers van een trauma type II ook door andere dan PTSS-symptomen gekenmerkt worden is het voorstel geopperd van een aanvullende diagnostische categorie zoals 'complexe PTSS' (Herman, 1992). Iets dergelijks wordt ook bedoeld met de ICD-10-categorie van 'langdurige verandering van de persoonlijkheid' na rampen (WHO, 1991).

De posttraumatische stress-stoornis gaat vaak vergezeld van verschijnselen als depressie, suïcidale gedachten en handelingen, fobische angsten, onverwachte agressieve uitbarstingen en het reeds genoemde middelenmisbruik. Wanneer de symptomen langer dan twee dagen, maar korter dan een maand duren kan er sprake zijn van een *acute stress-stoornis*. Daarnaast wordt de acute stress-stoornis met name gekenmerkt door dissociatieve symptomen tijdens of na een ingrijpende gebeurtenis, zoals derealisatie, depersonalisatie, psychogene amnesie en een gevoel van verdoving en vervreemding.

Differentiële diagnostiek

Sommige mensen vertellen dat zij diep onder de indruk zijn van op zichzelf minder dramatische gebeurtenissen. Een van onze patiënten bijvoorbeeld zei nog steeds te moeten terugdenken aan een scène uit zijn jeugd waarin een kip werd geslacht. Dit soort niet ongebruikelijke gebeurtenissen, evenals ingrijpende ervaringen zoals echtscheiding, faillissement of het (op natuur-

lijke wijze) overlijden van een geliefd persoon worden niet tot de bovenbedoelde trauma's gerekend.

Ten aanzien van de differentiële diagnostiek dient vooral een onderscheid te worden gemaakt tussen specifieke fobieën (het vermijden van een specifieke situatie of object), obsessief-compulsief gedrag (steeds maar weer aan een angstprovocerend thema denken) en agorafobie (wat is het motief waardoor iemand de straat niet op durft, niet voorbij een bepaald punt durft of niet alleen durft te reizen?). Depressieve stoornissen komen vaak voor als gevolg van de posttraumatische stress-stoornis; het is daarom nodig om bij depressieve patiënten die bepaalde thema's lijken te vermijden op subtiele wijze door te vragen. Ten slotte dient onderscheid gemaakt te worden tussen deze stoornis en pathologische rouw.

1.8 Gegeneraliseerde angststoornis

Mevrouw Van Velden is 43 jaar, getrouwd, en heeft twee kinderen. Over het algemeen voelt ze zich opgejaagd en onrustig. Ze is bang dat op allerlei terreinen van haar leven dingen misgaan. Ze is bang dat er iets ernstig mis zal gaan met haar beide dochters. Al jaren maakt ze zich zorgen om haar man wanneer hij ook maar iets later thuis komt. Zelfs 's nachts is zij bang dat hij zal sterven in zijn slaap en luistert ze of hij nog wel ademt. Terwijl hij kerngezond is en veel aan sport doet (waar ze zich ook weer zorgen over maakt: of het niet te veel is). Ook over simpele dingen, of de wasmachine niet kapot zal gaan of dat de cavia een nare ziekte heeft, kan ze uren zitten piekeren. Ook tijdens vakanties komt ze niet tot rust. Ook dan maakt ze zich aldoor zorgen over haar man en kinderen, die ze ter geruststelling continu in de gaten probeert te houden.

De laatste tijd kan ze bijna niet stoppen met tobben en piekeren over de hypotheek van hun huis. Hierdoor slaapt ze slecht, is kribbig en maakt ruzie. Alleen een paar extra glazen wijn helpen haar een beetje te ontspannen. Ze is ook veel minder geconcentreerd en toen ze hierdoor bijna met de fiets onder een taxi kwam, vond ze het tijd worden om een en ander met haar huisarts te bespreken. Aan de huisarts vertelde ze dat ze zich eigenlijk haar hele leven al zo bezorgd heeft gevoeld. Haar huisarts hoorde haar geduldig aan en vertelde haar dat ze leed aan een 'piekerstoornis'. In overleg werd ze verwezen naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

DSM-IV-TR-criteria

Aanvankelijk lag het accent bij de diagnose gegeneraliseerde angststoornis (GAS) op angst en de daarmee samenhangende 'autonome' symptomen. Dit is echter in de DSM-IV-TR-definitie veranderd: de nadruk ligt nu ook op het piekeren en tobben als kernsymptoom van GAS. Dit heeft de betrouwbaarheid van de diagnose sterk doen toenemen. De excessieve angst en het tob-

ben hebben betrekking op meerdere levensomstandigheden, moeten minstens zes maanden bestaan en meer dagen wel voorkomen dan niet voorkomen. De patiënt heeft geen of weinig controle over het tobben en piekeren. De angsten en het piekeren zijn verbonden met een aantal andere klachten: rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanningklachten en slaapproblemen (minstens drie van de zes). Door dit alles wordt iemand ernstig beperkt in het dagelijks functioneren. Een aantal aspecten van de diagnostische criteria is nog steeds controversieel en sommigen betwijfelen de validiteit van GAS als aparte diagnostische categorie (Mennin, Heimberg, & Turk, 2004).

Klinisch beeld

Gegeneraliseerde angststoornis, soms ook wel aangeduid als ‘diffuse angststoornis’, wordt door velen wel als een soort restcategorie van de angststoornissen beschouwd. Centraal staan het piekeren en zich zorgen maken over dingen die zouden kunnen gebeuren, samen met een verhoogde arousal. Verder melden mensen een veelheid van spanningsklachten, die niet duidelijk aan specifieke situaties gebonden zijn, maar veroorzaakt lijken te worden door piekeren en zich zorgen maken (namelijk over wat kan gebeuren, in tegenstelling tot depressie, waarbij het piekeren vaak een retrospectief karakter heeft of gecentreerd is rond het eigen falen). Om de voortdurende angst en arousal te reduceren wordt bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis vaak overmatig medicijngebruik, niet alleen tranquillizers (benzodiazepinen) maar ook antidepressiva, en frequent alcoholgebruik gerapporteerd.

Differentiële diagnostiek

Allereerst moet onderscheid worden gemaakt tussen normale bezorgdheid en gepieker zoals de meeste mensen dat wel kennen en de gegeneraliseerde angststoornis. Dat is niet altijd eenvoudig. Door sommigen wordt GAS ook wel ‘extreme normaliteit’ genoemd (Borkovec & Costello, 1993), waarbij het normale gepieker in een wat extremere vorm voorkomt. Anderen zien het als een versterking van een persoonlijkheidstrekk (Akiskal, 1998), ‘gegeneraliseerd angstig temperament’ genoemd. De meeste auteurs zien het onderscheid tussen normale bezorgdheid en gepieker enerzijds en GAS anderzijds vooral in de ernst en duur van de klachten. Er moet duidelijk sprake zijn van angstklachten die heel heftig kunnen zijn en van een duur van minimaal zes maanden (bij de meeste patiënten met GAS veel langer). Bestaan de klachten korter dan zes maanden dan kan eventueel de diagnose aanpassingsstoornis overwogen worden als er ook een duidelijke uitlokker voor de klachten is.

Gegeneraliseerde angst en paniekstoornis lijken in zeker opzicht op elkaar: in beide gevallen is er langdurig sprake van verhoogde arousal en angstige afwachting. Het verschil tussen beide stoornissen bestaat erin dat de angst bij de paniekstoornis veroorzaakt wordt door de dreiging van een nieuwe aanval; bij de gegeneraliseerde angststoornis gaat dat niet op en

wordt er vooral gepiekerd over dagelijkse problemen. Bij GAS kan de betrokkene geen specifieke reden aangeven voor de angst, anders dan een overmatig piekeren en tobben over allerlei dingen die zouden kunnen gebeuren, vooral gedachten over de angst zelf, over controleverlies en over mogelijke ziekten. Bij paniekstoornis is meer sprake van acute angst en is het beloop meer episodisch (Breitholtz, Johansson & Öst, 1999).

Depressie wordt eveneens gekenmerkt door een toegenomen neiging tot piekeren. De inhoud van dit piekeren is echter meer somber dan angstig gekleurd en verraadt onder andere een pessimistische kijk op de toekomst en een negatief zelfbeeld. Veel patiënten met GAS hebben ook last van depressieve klachten. Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat de helft van personen met GAS tevens voldoet aan de criteria voor een depressie (Noyes, 2001).

Het onderscheid tussen hypochondrie en GAS ligt hierin dat patiënten met GAS zich niet alleen zorgen maken over hun gezondheid maar ook angsten en zorgen hebben over andere levensgebieden. Vaak zijn de zorgen over ziekte en gezondheid bij GAS ook gericht op de gezondheid van naasten. Daarbij is de comorbiditeit van hypochondrie en GAS ook aanzienlijk (Greeven et al., 2007).

De patiënten met GAS ervaren hun gepieker als oncontroleerbaar: ze kunnen het niet stoppen, ook al willen ze dat. Dit vertoont overeenkomsten met de obsessies bij een obsessief-compulsieve stoornis. Een belangrijk verschil is dat het gepieker bij GAS gaat over gewone zaken uit het dagelijks leven en als heel egosyntoon (ik-eigen) wordt ervaren. Terwijl obsessies als veel indringender en intrusiever worden ervaren en over het algemeen als egodystoon. Daarnaast is er bij obsessies ook vaak sprake van dwanghandelingen.

Zoals we reeds bij de paniekstoornis bespraken, dienen ook bij het stellen van de diagnose 'gegeneraliseerde angststoornis' veroorzakende organische factoren uitgesloten te worden. We noemden al het overmatige gebruik van cafeïne, alcohol en psychofarmaca.

1.9 Hypochondrie

Desi is een Surinaamse man van 35 jaar, getrouwd, en kinderloos. Desi leeft al jaren met de angst te lijden aan een vorm van kanker. Hij houdt de hele dag zijn lichaam in de gaten en net daar waar hij iets afwijkends meent waar te nemen daar slaat de angst voor die specifieke vorm van kanker toe. Bij keelpijns is er angst voor keelkanker, bij afwijkende ontlasting angst voor darmkanker en bij een zere schouder angst voor botkanker. Als Desi angstig is, probeert hij eerst zichzelf gerust te stellen door uitgebreide controles van zijn lichaam of zijn ontlasting. Dit lukt meestal niet en dan zoekt hij geruststelling bij zijn vrouw en vervolgens bij zijn huisarts. Gelukkig heeft Desi een goede relatie met zijn huisarts, die hem al jaren kent en ook weet heeft van zijn angsten. In de afgelopen jaren heeft Desi ter geruststelling ook al het

nodige medisch specialistische onderzoek gehad. Zijn huisarts probeert dit zo veel mogelijk in te perken maar soms is Desi er zo sterk van overtuigd dat er iets ernstig mis is met hem dat hij niet gerust te stellen is en er per se specialistisch onderzoek moet worden uitgevoerd. Wanneer de angst sterk toeslaat is Desi niet in staat om te werken en blijft hij thuis. Hij is dan de hele dag bezig met zijn angstige preoccupaties. Zijn vrouw is dan ten einde raad, aangezien hij aldoor geruststelling bij haar zoekt, terwijl zij weet dat zij hem die niet kan geven.

Ongeveer twaalf jaar geleden is de moeder van Desi aan borstkanker overleden. Het was een lang en pijnlijk ziektebed. Zijn moeder benadrukte dat ze er eerder bij had moeten zijn en dan misschien nog te redden was geweest. Het lijden van zijn moeder heeft Desi sterk aangegrepen en sinds die tijd is hij steeds alerter geworden op mogelijke aanwijzingen dat er iets met zijn lichaam niet in orde zou kunnen zijn.

Na een uitgebreid onderzoek bij de kno-arts in verband met mogelijke aanwijzingen voor mondkanker, waarbij niets gevonden werd, heeft de huisarts met Desi zijn angsten en preoccupaties besproken. Desi wordt verwezen naar een angstpolikliniek voor de behandeling van zijn hypochondrie.

DSM-IV-TR-criteria

Binnen de DSM-IV-TR wordt hypochondrie omschreven als preoccupatie met de vrees voor of overtuiging te lijden aan een ernstige ziekte. Deze preoccupatie is gebaseerd op een interpretatie van lichamelijke symptomen. Ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling blijft de preoccupatie bestaan. De diagnose hypochondrie kan dus formeel niet gesteld worden zonder adequaat medisch onderzoek. De overtuiging kan sterk zijn, maar heeft niet de intensiteit van een waan, zoals bij een waanstoornis. Net als in het geval van Desi is er sprake van significant lijden en beperking in beroepsmatig of sociaal functioneren. De klachten bestaan minimaal zes maanden en zijn niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis. Binnen de DSM-IV-TR kan hypochondrie ook nog gediagnosticeerd worden met de specificatie 'gering inzicht'. Iemand mist dan het grootste deel van de tijd het besef dat de preoccupatie overdreven of onredelijk is. Het onderscheid met de waanstoornis is hierbij vaak lastig.

Klinisch beeld

Bij de diagnose hypochondrie staat de vrees of opvatting te lijden aan een ernstige ziekte centraal. In de meeste gevallen zal de preoccupatie betrekking hebben op ziekten als kanker, ernstig hartlijden, aids, herseninfarcten, multiple sclerose en ernstige neurologische ziekten, ziekten met een dodelijke afloop waarbij lichamelijke sensaties en informatie over ernstige ziekten catastrofaal geïnterpreteerd worden als bewijs voor de gevreesde ziekte.

Karolien is een studente van 24 jaar, die sinds twee jaar lijdt aan de hypochondere overtuiging dat ze zal sterven aan een hartinfarct. Twee jaar geleden tijdens een hockeywedstrijd kreeg Karolien steken in haar borst en had ze het gevoel dat haar hart uit elkaar spatte. Ze belandde op de eerste hulp van cardiologie. Hier werd geconstateerd dat ze een wat verhoogde hartslag had, maar verder kerngezond was. Karolien vertrouwde het echter niet. Thuisgekomen besloot ze om het rustiger aan te doen met de hockeytrainingen en haar hart goed in de gaten te houden. Sinds die tijd heeft ze niet meer gehockeyd en merkte ze dat haar hart toch regelmatig een keer oversloeg. Ze ging hiermee naar haar huisarts, die haar niet kon geruststellen, en vervolgens werd ze weer verwezen naar cardiologie. Daar werd ze uitgebreid onderzocht en wederom werd er niets afwijkend gevonden behalve een licht ruisje. Karolien vertrouwde het nog steeds niet en bleef de hele dag door haar hartslag controleren, waarbij ze toch weer merkte dat haar hart af en toe oversloeg. Ze is gestopt met hockey en zorgt dat ze zich niet te veel inspant zodat haar hartslag niet te veel omhoog gaat. Haar studie wil ook niet meer vlotten omdat ze aldoor bezig is met haar hart en zich niet kan concentreren.

Hypochondere patiënten hebben verschillende manieren om te trachten hun angst te reduceren, namelijk geruststelling zoeken, het lichaam controleren en angstproeppende situaties en activiteiten vermijden. Geruststelling zoeken is een opvallend kenmerk bij hypochondere patiënten. De belangrijkste bron voor geruststelling is voor deze patiënten het medische circuit. De eerste stap zal de huisarts zijn, maar in veel gevallen onderzoek bij de medisch specialist. Ook het circuit van alternatieve genezers wordt door de hypochondere patiënt niet geschuwd. Naast geruststelling bij artsen kan de hypochondere patiënt ook op zoek gaan naar ‘geruststellende’ informatie uit bijvoorbeeld medische encyclopedieën, tijdschriften, uit medische rubrieken op de televisie en natuurlijk op het internet. In de praktijk werkt dit echter gezinszins geruststellend. Uitgebreide controle en het in de gaten houden van het lichaam zijn andere manieren waarop de hypochondere patiënt probeert zijn angst in toom te houden. We zagen bij Karolien dat ze de hele dag haar hartslag controleert en Desi houdt continu zijn lichaam in de gaten of er al eerste signalen zijn voor een vorm van kanker. In het verlengde van de controle van zijn lichaam controleert Desi ook zijn ontlasting. Naast geruststelling zoeken en het lichaam controleren proberen hypochondere patiënten angstproeppende situaties of activiteiten te vermijden. Zo worden situaties die met ziekten of dood te maken hebben – ziekenhuizen, wachtkamers, kerkhoven – vermeden, evenals situaties waarin het gesprek op ziekte kan komen, zoals verjaardagen en feestjes.

Differentiële diagnostiek

Bij de DSM-IV-TR-criteria werd al opgemerkt dat de diagnose hypochondrie formeel niet is te stellen zonder dat er adequaat lichamelijk onderzoek is

uitgevoerd. Wat dit criterium lastig maakt, is dat niet omschreven wordt wat adequaat onderzoek is en wie dit bepaalt. De huisarts, de specialist, de psychotherapeut, of is het de patiënt zelf? Daarnaast moet er bij de diagnose hypochondrie gedifferentieerd worden tussen de andere angststoornissen, depressie en de andere somatoforme stoornissen. Ook dit is niet altijd eenvoudig, aangezien de comorbiditeit aanzienlijk is.

In de inleiding hebben we beschreven dat hypochondrie formeel onder de somatoforme stoornissen wordt gerekend. Aangezien de angstcomponent bij hypochondrie zo'n prominente rol speelt, vinden wij – en andere auteurs met ons – dat hypochondrie beter tot de angststoornissen gerekend kan worden. Een belangrijk punt hierbij is dat in de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (CBO, 2009) hypochondrie bij de angststoornissen is opgenomen.

De differentiële diagnostiek van hypochondrie vergeleken met de andere angststoornissen is belangrijk, onder andere met de *paniekstoornis*. Patiënten met een paniekstoornis kunnen bijvoorbeeld de angst hebben te sterven aan een hartinfarct en lijken daarbij sterk op een hypochondere patiënt met de angst voor ernstig hartlijden, bijvoorbeeld Karolien. Er is echter een aantal belangrijke verschillen. Patiënten met een paniekstoornis hebben vooral *tijdens* de paniekaanval een sterke overtuiging en angst. De hypochondere patiënten hebben meer *continue* overtuiging dat er iets ernstig mis is met hun hart. De misinterpretaties van lichamelijke sensaties zijn bij de paniekstoornis meer acute angstsymptomen, terwijl bij hypochondrie de misinterpretaties een veel breder gebied van symptomen betreffen. Ook het vermijdingsgedrag zal anders zijn. Bij de paniekstoornis is dit veelal vluchten en ontsnappen, terwijl het vermijdingsgedrag bij hypochondrie weer breder is met ook nog controleren en geruststelling zoeken. Desalniettemin is er diagnostisch gezien toch een aanzienlijke overlap tussen bepaalde groepen patiënten met hypochondrie of een paniekstoornis (Barsky, Barnett, & Cleary, 1994).

De overlap tussen hypochondrie en *dwangstoornis* ligt voor de hand. Bij beide beelden spelen terugkerende intrusieve gedachten een rol. Het herhaald controleren van het lichaam en geruststelling zoeken doen sterk denken aan de dwanghandelingen bij de dwangstoornis. Er is een aantal belangrijke verschillen tussen hypochondrie en de dwangstoornis (Barsky, 1992). Op cognitief niveau is er het verschil dat de interpretaties bij hypochondrie egosyntoon zijn, oftewel passend bij de persoon. De obsessies bij de dwangstoornis worden in het algemeen als egodystoon ervaren, niet passend bij de persoon. Bij hypochondrie zijn in het algemeen lichamelijke klachten uitlokkers voor de angst en preoccupatie, bij de dwangstoornis is dit niet het geval. Wat het gedrag betreft ziet men bij de dwangstoornis vaak stereotiep en ritueel gedrag. Bij hypochondrie kan wel sprake zijn van gedrag dat herhaald wordt, maar zijn er geen rituelen aanwezig. De hypochondere patiënt zal zich in het algemeen niet proberen te verzetten tegen het controleren en geruststelling zoeken. De patiënt met een dwangstoornis zal zich eerder tegen zijn rituelen verzetten, aangezien hij die als irrationeel en excessief ervaart. Op grond van deze verschillen is het goed mogelijk te

differentiëren tussen hypochondrie en dwangstoornis. Bienvenu et al. (2000) vonden dat 15% van patiënten met een dwangstoornis ook voldeden aan de criteria voor hypochondrie.

Patiënten met een *gegeneraliseerde angststoornis* kunnen buitensporig piekeren en tobben over gebeurtenissen en activiteiten. Dit piekeren en tobben kan ook de gezondheid van zichzelf of anderen betreffen. In het algemeen zullen de zorgen over ziekte en gezondheid bij de *gegeneraliseerde angststoornis* een onderdeel vormen van zorgen op meer levensgebieden (Starcevic et al., 1994), terwijl dit bij hypochondrie duidelijk op de voorgrond staat. Wel kan de diagnose *gegeneraliseerde angststoornis* comorbide voorkomen naast de primaire diagnose hypochondrie. Omgekeerd zal de diagnose hypochondrie minder vaak gesteld worden naast de primaire diagnose *gegeneraliseerde angststoornis* (Starcevic et al., 1994).

De comorbiditeit van *stemmingsstoornissen* met hypochondrie is in het algemeen hoog, variërend van 28% (Noyes et al., 1994) tot 43% (Barsky, 1992). Ook de comorbiditeit met de *somatisatiestoornis* is hoog, namelijk 21% (Green et al., 2007).

1.10 Tot slot

Het hanteren van diagnostische criteria is een minder rechtlijnige aangelegenheid dan men op het eerste gezicht misschien geneigd is te denken. Hierbij spelen minstens twee factoren een rol, namelijk de diagnostische vaardigheden van de clinicus en de eenduidigheid van de gehanteerde criteria.

Het in kaart brengen van klachten vereist een nauwkeurige inventarisatie van hun precieze aard en de omstandigheden waarin zij zich voordoen. Naast het beheersen van de gebruikelijke gespreksvaardigheden dient de diagnosticus een goed inzicht te hebben in de verschillende uitingsvormen van (angst)stoornissen en in hun onderlinge overeenkomsten en verschillen. Een voorbeeld kan dit illustreren. Een patiënt meldt zich aan met de angst om in hoge gebouwen de lift te gebruiken. Welke diagnose kan men stellen? Is de patiënt bang voor kleine ruimten (zoals bij claustrofobie)? Is er sprake van de angst om niet onmiddellijk weg te kunnen wanneer men zich onwel voelt (zoals bij de paniekstoornis)? Voelt de patiënt zich erg gespannen in gezelschap van volslagen onbekenden (zoals bij sociale angst)? Is er de angst om zich te besmetten door het aanraken van de lift of van de mensen erin (zoals bij dwangstoornis)? Heeft de lift een traumatische betekenis omdat de patiënt daarin seksueel en/of fysiek mishandeld is (zoals bij een posttraumatische stress-stoornis)? Deze en andere diagnostische overwegingen dient de clinicus vooraf te laten gaan aan een verantwoorde uitspraak. Vooral met het oog op het bovenstaande probleem is het van belang dat klinici terdege op de hoogte zijn van de differentiële diagnostiek binnen angstklachten in het bijzonder en van psychopathologie in het algemeen. Vooral beginnende klinici zijn geneigd om te snel tevreden te zijn met het eerste stukje informatie dat in een bepaald diagnostisch plaatje past. Zo lopen zij het gevaar

dat ze de omstandigheden van de klachten en de motieven van de patiënt onvoldoende uitvragen. Een diagnose geeft vaak een aanzet tot verder handelen, zoals het maken van een functieanalyse en/of het plannen en uitvoeren van een behandeling.

Een andere moeilijkheid bij het in kaart brengen van angststoornissen en hypochondrie en het stellen van een diagnose is de mogelijke onduidelijkheid van de diagnostische criteria zelf. Bij de stoornissen die in dit hoofdstuk besproken zijn, is soms de angst en soms de vermijding het meest prominente kenmerk. In de meeste gevallen is er een min of meer duidelijk object waarop de angst zich richt. Wanneer men de diagnostische criteria volgens DSM-IV-TR nauwkeurig bekijkt, is er sprake van een zekere hiërarchie in het systeem. Sommige diagnoses prevaleren over andere, zoals het geval is bij de paniekstoornis. Het is belangrijk om zich eerst te vergewissen van het bestaan daarvan alvorens nader in te gaan op een mogelijke sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis of hypochondrie. Wanneer er namelijk een geschiedenis van paniekaanvallen is, dan vallen de laatste drie diagnoses wellicht af. Verder kunnen twee diagnoses pas gesteld worden bij (gedeeltelijke) uitsluiting van andere angststoornissen. Het gaat hierbij om de diagnoses ‘specifieke fobie’ en ‘gegeneraliseerde angststoornis’, die beide in zekere zin een ‘restcategorie’ vormen.