

**Samenvatting**

**Richtlijn Angst- en  
Dwangstoornissen**

**2023**

## Inleiding

Deze samenvatting van de revisie van de Multidisciplinaire Richtlijnen Angst- en Dwangstoornissen uit 2023 omvat aanbevelingen betreffende de diagnostiek en behandeling van de meest belangrijke stoornissen uit de DSM-5-TR hoofdstukken 'Angststoornissen' en 'Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen'. Naast deze aanbevelingen, die gebaseerd zijn op wetenschappelijke bevindingen en ervaringskennis van professionals, patiënten en hun naasten, heeft de richtlijncommissie bij iedere stoornis een algoritme geformeerd, dat de clinicus kan helpen bij de keuze van behandelingen in het geval van non-respons. Deze algoritmes zijn ook opgenomen in deze samenvatting.

De Multidisciplinaire richtlijn Angst- en Dwangstoornissen is ontwikkeld door de gelijknamige werkgroep, in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn en bijbehorende samenvatting is bestemd voor alle zorgverleners uit eerste, tweede en derde lijn die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met angst- en dwangstoornissen. Huisartsen hanteren de NHG Standaard Angststoornissen als leidend document. Er zijn patiëntversies beschikbaar op sites van het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie ([www.nedkad.nl](http://www.nedkad.nl)) en de patiëntenvereniging, de Angst, Dwang en Fobie Stichting ([www.adfstichting.nl](http://www.adfstichting.nl) en [www.ocdnet.nl](http://www.ocdnet.nl)). Verder is betrouwbare informatie over deze groep aandoeningen beschikbaar op [www.thuisarts.nl/angststoornis](http://www.thuisarts.nl/angststoornis) en [www.nvvp.net/website/patienteninformatie](http://www.nvvp.net/website/patienteninformatie).

Voor de precieze uitgangsvragen, de keuze van de uitgangsvragen, het denkkader en de wetenschappelijke onderbouwing verwijzen we naar de volledige uitgave van de richtlijn Angst- en Dwangstoornissen.

## Hoofdstuk 1 Algemene Inleiding

Hoofdstuk 1 geeft een algemene inleiding bij de richtlijn en bevat geen aanbevelingen.

## Hoofdstuk 2 Methodologische Inleiding

Hoofdstuk 2 geeft een methodologische inleiding bij de richtlijn en bevat geen aanbevelingen.

## Hoofdstuk 3 Diagnostiek en Classificatie

Hoofdstuk 3 beschrijft de signalering, diagnose en classificatie van angst- en dwangstoornissen en bevat geen aanbevelingen.

# Hoofdstuk 4 Psychotherapie

## 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor psychotherapie bij angststoornissen en obsessieve-compulsieve stoornissen.

## 4.2 Aanbevelingen Psychotherapie algemeen bij angststoornissen

### 4.2.1 Algemene aanbevelingen psychotherapie - volwassenen

Er wordt aanbevolen om bij alle angst- en dwangstoornissen als eerste stap te behandelen met CGT

Onder CGT wordt verstaan een diversiteit van interventies en methodieken waaronder:

- verschillende vormen van exposure (in vivo, imaginair, interoceptief);
- responspreventie;
- cognitieve herstructurering;
- paniekmanagement;
- taakconcentratietraining;
- applied relaxation;
- sociale vaardigheidstraining.

De keuze voor een bepaalde specifieke CGT-interventie, is mede afhankelijk van het type stoornis en wordt bij de betreffende angst- of dwangstoornis apart aanbevolen.

Bij de psychotherapeutische behandeling van sociale angststoornis worden exposure in vivo, cognitieve (gedrags)therapie, sociale vaardigheidstraining en taakconcentratie training aanbevolen.

Voor de psychotherapeutische behandeling van paniekstoornis wordt CGT, bestaande uit psychologisch paniekmanagement (PM) en exposure in vivo (EV) als standaard behandeling aanbevolen. Bij de psychotherapeutische behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is cognitieve gedragstherapie (CGT) bij GAS bij volwassenen als eerste keus behandeling aanbevolen.

Cognitieve gedragstherapie wordt bij voorkeur individueel uitgevoerd. Als er geen herstel optreedt, kan de behandeling worden verlengd met nadruk op elementen die nog niet zijn gegeven, zoals: exposure, applied relaxation of (meta)cognitieve therapie.

Wanneer CGT onvoldoende effect heeft op de angststoornis kan worden overwogen om de behandeling te intensiveren, of beargumenteerd van CGT af te wijken en een andere behandelvorm in te zetten, zoals kortdurende psychodynamische therapie, mindfulness, EMDR of ACT. Tijdig evalueren (na 5-8 sessies) is van belang om te voorkomen dat een ingeslagen traject te lang zonder effect gecontinueerd wordt. Bij ineffectiviteit kan overwogen worden om farmacotherapie in te zetten (zie module farmacotherapie, of de module combinatiebehandeling).

### 4.2.2 Algemene aanbevelingen psychotherapie – Ouderen

De primaire aanbeveling is om bij de psychologische behandeling van ouderen met angststoornissen de aanbevelingen te volgen die ook bij 18-65-jarigen worden gegeven. Vanzelfsprekend kunnen er zich bij ouderen specifieke omstandigheden en voordoelen waar rekening mee moet worden gehouden, zoals

bijvoorbeeld hardhorendheid of visusproblemen, of een slechtere fysieke gezondheid. Het rekening houden met specifieke individuele kenmerken behoort echter tot de basiscompetenties van professionals en past bij “shared decision making” en “personalized treatment” en is daarmee een leeftijdsafhankelijk proces.

#### 4.2.3 Algemene aanbevelingen psychotherapie - Kinderen en adolescenten

Er zijn geen algemene aanbeveling voor kinderen en adolescenten geformuleerd. Er werd een aantal overwegingen vanuit professioneel oogpunt toegevoegd. Hiervoor verwijzen we naar de volledige uitgave van de richtlijn.

### 4.3 Aanbevelingen Psychotherapie per afzonderlijke angststoornis

#### 4.3.1 Aanbevelingen bij Sociale angststoornis (SAS)

Bij de psychotherapeutische behandeling van sociale angststoornis worden *exposure in vivo*, *cognitieve (gedrags)therapie*, *sociale vaardigheidstraining* en *taakconcentratie training* aanbevolen. Indien CGT (eerste keus) onvoldoende effect heeft, kan een mindfulness behandeling overwogen worden.

#### 4.3.2 Aanbevelingen bij Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Voor de psychotherapeutische behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is *cognitieve gedragstherapie* (CGT) bij volwassenen eerste keus behandeling aanbevolen. Cognitieve gedragstherapie wordt bij voorkeur individueel uitgevoerd. Als geen herstel optreedt, kan de behandeling worden verlengd met nadruk op elementen die nog niet zijn gegeven, zoals: *exposure*, *applied relaxation*, *mindfulness* of *(meta) cognitieve therapie*.

#### 4.3.3 Aanbevelingen bij Paniekstoornis

Voor de psychotherapeutische behandeling van paniekstoornis wordt CGT, bestaande uit *psychologisch paniekmanagement* (PM) en *exposure in vivo* (EV), als standaard behandeling aanbevolen.

### 4.4 Aanbevelingen Psychotherapie angststoornissen - kinderen en adolescenten

Er wordt sterk aanbevolen om angststoornissen (sociale angststoornis, separatie angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, paniekstoornis, agorafobie) te behandelen met CGT als eerste stap. Het is belangrijk om zowel ouders als kinderen/adolescenten goed psycho-educatie te geven over angst en het doorbreken van angstpatronen.

Bij selectief mutisme wordt aangeraden om te starten met een gedragstherapeutische interventie bij het kind of de adolescent én met de ouders, waarbij een deel van de behandeling vaak op school plaatsvindt.

CGT kan aan het kind of de adolescent zelf worden gegeven, aan zowel ouder als kind of adolescent, of via de ouders. Er is voorkeur voor kindgerichte CGT (aangezien deze wat sterkere effecten lijkt te geven), maar er kan ook overwogen worden om CGT via de ouders te geven (vooral bij jonge kinderen) of om ouders naast de individuele CGT handvaten te geven.

CGT kan ook in groepen worden gegeven, waarbij ook CGT-oudergroepen kunnen worden georganiseerd. Ouders en kinderen of adolescenten gaan dan samen aan de slag met exposure en het doorbreken van angstpatronen. Instellingen en gezinnen kunnen op pragmatische gronden of eigen voorkeur voor individuele of groepsbehandeling kiezen.

Bij onvoldoende verbetering van kindgerichte CGT wordt aanbevolen om de behandeling te intensiveren met een actievare rol van ouders / school.

Bij onvoldoende verbetering van een intensiever CGT-programma met kind, ouders en school, kan farmacotherapie worden overwogen (zie hoofdstuk farmacotherapie) of een alternatieve psychologische behandeling (zie ook aanbevelingen bij volwassenen ten aanzien van bijvoorbeeld ACT en mindfulness).

#### 4.5 Aanbevelingen Psychotherapie bij obsessieve-compulsieve stoornissen

Voor volwassenen wordt aanbevolen om bij OCS als eerste stap te behandelen met CGT. De CGT die onderzocht is bestaat voornamelijk uit ERP en soms worden hier cognitieve technieken aan toegevoegd. Veelal wordt men in de CGT behandeling blootgesteld aan moeilijke dwanggerelateerde situaties, waarbij de neutraliserende compulsies achterwege gelaten moeten worden. Uit het onderzoek blijkt dat de effectiviteit van exposure in vivo met responspreventie niet superieur is aan andere vormen van CGT. Er is bij OCS echter meer evidentie voor de effectiviteit van ERP dan van andere vormen van CGT, omdat er veel meer studies zijn gedaan.

Wanneer CGT onvoldoende effect heeft op de OCS kan worden overwogen om de behandeling te intensiveren, of in aanvulling op de CGT behandeling mindfulness toe te voegen. Wanneer CGT onvoldoende effect heeft, kan medicatie worden overwogen, doorgaans naast het voortzetten van de CGT (zie hoofdstuk Farmacotherapie of hoofdstuk Combinatiebehandeling).

Voor kinderen en jongeren wordt eveneens aanbevolen om bij OCS als eerste stap te behandelen met CGT. De CGT die is onderzocht bij kinderen en jongeren bestaat voornamelijk uit ERP en doorgaans worden hier cognitieve technieken aan toegevoegd. Tijdens de CGT oefenen kinderen en jongeren met het stoppen met de dwanghandelingen ondanks de neiging deze wel uit te voeren. Bij kinderen en jongeren is het belangrijk om ouders goed bij de dwangbehandeling te betrekken (positieve aanbeveling) door psycho-educatie te geven, adviezen om hun kind te helpen om de dwang af te bouwen, en om zelf minder met de dwang van het kind mee te gaan (ouderlijke aanpassing afbouwen). Wanneer CGT onvoldoende effect heeft, kan intensivering van CGT worden overwogen, waarbij vaker of langer oefensessies worden aangeboden, individueel of in groepsverband, en waarbij zowel het kind als de ouders een actieve rol hebben. Ook kan worden overwogen om de behandeling (tijdelijk) alleen via de ouders aan te bieden, vooral wanneer het kind weinig gemotiveerd is voor behandeling.

Voor andere vormen van psychotherapie wordt zowel bij kinderen als bij volwassenen geen evidentie gevonden voor de effectiviteit van de behandeling van OCS. Wanneer CGT onvoldoende effect heeft, kan psychofarmaca worden overwogen, doorgaans naast het voortzetten van CGT.

## Hoofdstuk 5 EMDR bij Angst- en Dwangstoornissen

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een aanbeveling voor het gebruik van EMDR bij angst- en dwangstoornissen.

### 5.2 Aanbeveling

EMDR wordt vooralsnog niet als eerste keuze aanbevolen in de behandeling van angststoornissen en obsessieve-compulsieve stoornissen.



## Hoofdstuk 6 Vorm van aanbieden psychotherapie bij angst- en dwangstoornissen

### 6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor het gebruik van groepstherapie, eHealth therapie, virtual reality en kortdurende intensieve behandeling bij angststoornissen en obsessieve-compulsieve stoornissen.

### 6.2 Aanbevelingen

In de reguliere klinisch praktijk is individuele face-to-face psychotherapie de eerste keus van aanbieden. Daar is ook het meeste wetenschappelijk onderzoek naar verricht.

#### ***Groepstherapie***

Behandelingen van angst- en dwangstoornissen in groepsvorm dienen overwogen te worden. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen en adolescenten. De beslissing of een behandeling in groepsvorm of individueel wordt gegeven zal in overleg met de patiënt en/of systeem moeten worden gemaakt op basis van klinische en/of pragmatische afwegingen.

#### ***Op eHealth gebaseerde psychotherapieën***

De behandeling door middel van eHealth dient overwogen te worden. De keuze hiervoor is afhankelijk van de klinische omstandigheden en praktische en maatschappelijke omstandigheden. Zo zou eHealth (inclusief een vorm van begeleiding door een clinicus) aangeboden kunnen worden bij specifieke (minder complexe) psychische stoornissen of als eerste stap in een behandeltraject. Ook kan e-health overwogen worden bij bepaalde praktische omstandigheden als lange reistijd of overbrugging van een wachtlijst.

#### ***Op VR gebaseerde therapieën***

Het gebruik van virtual reality als behandelvorm kan als optie overwogen worden. Dit is afhankelijk van het klinisch beeld van de patiënt (zoals sterke vermijding) en de beschikbaarheid van de apparatuur binnen een instelling.

#### ***Intensief versus laag frequent CGT***

Er kan overwogen worden behandelingen in intensieve, geconcentreerde vorm aan te bieden. Dit is afhankelijk van de voorkeur van de patiënt en de praktische uitvoering en mogelijkheden binnen een instelling.

## Hoofdstuk 7 Farmacotherapie

### 7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevatt aanbevelingen voor het gebruik van farmacotherapeutische interventies bij angststoornissen en obsessieve-compulsieve-stoornissen.

### 7.2 Algemene aanbevelingen farmacotherapie

Geef goede informatie vooraf over werking, mogelijke bijwerkingen, verwachtingen met betrekking tot het effecten, duur van de behandeling, en effecten van acuut stoppen. Herhaal dit zo nodig gedurende de behandeling. Goede websites waar de patiënt aanvullende informatie kan vinden zijn: <https://www.kenmed.nl> (algemene website met informatie over psychofarmaca, gemaakt door patiënten en professionals); <https://www.adfstichting.nl> (website van de patiënten-en naastbetrokkenenorganisatie Angst, Dwang en FobieStichting); <https://www.nedkad.nl> (website van het Nederlands Kenniscentrum Angst, Dwang, Trauma en Depressie); <https://www.thuisarts.nl> (website met algemene informatie over ziekten en de behandelingen daarvan).

Informeer actief naar het gebruik van zelfzorgmiddelen (zoals st.janskruid, valeriaan, 5-HTP, cannabisolie), in verband met mogelijke risicovolle interacties met voorgeschreven medicatie.

Informeer actief naar het gebruik van drugs, cafeïne-houdende dranken, en alcohol in verband met mogelijke effecten op de symptomen en interacties met medicatie.

Bij starten met medicatie: bouw langzaam op en heb regelmatig contact met de patiënt. Geef contactgegevens mee voor bereikbaarheid bij vragen.

Doseer hoog genoeg en wacht lang genoeg om het resultaat te evalueren.

Gebruik zo mogelijk een passende vragenlijst om het resultaat op de klachten te evalueren.

Vraag actief bijwerkingen na, en herhaal dit ook in het beloop van de behandeling.

Bij onvoldoende resultaat, of hinderlijke bijwerkingen: switch naar een volgende behandelstap.

Bij switchen: bespreek wat de drie opties van switchen zijn, bespreek voor- en nadelen van de verschillende opties, denk aan mogelijke interacties en halfwaardetijd en maak in samenspraak met de patiënt een keuze: 1. Middel A stoppen, start middel B de volgende dag; 2. Middel A afbouwen en tegelijkertijd of in loop van afbouw kruislings middel B opbouwen; 3. Middel A afbouwen tot stop, daarna middel B opbouwen. (Zie zo nodig <https://www.psychiatrienet.nl/switchtabel>)

Bespreek na 0,5-1 jr mogelijkheden van wel/niet afbouwen van de medicatie.

Geef bij het voorschrijven van medicatie bij kinderen en adolescenten zorgvuldige informatie over de reden voor de medicatie, het verwachte effect, de tijd die het duurt voordat therapeutische effecten zichtbaar worden, de verwachte duur van de behandeling, de mogelijke bijwerkingen inclusief mogelijke toename van suïcidale gedachten en handelingen, het risico op terugval bij afbouwen van medicatie, het effect van acuut stoppen en het belang van een goede therapietrouw.

Combineer farmacotherapie altijd met psycho-educatie voor kinderen en ouders (zo nodig school), en psychologische begeleiding voor de kinderen.

Betrek zowel het kind of de adolescent en de ouders/verzorgers actief bij het besluitvormingsproces over de behandelstrategie.

Het gebruik van medicatie bij adolescenten met angststoornissen moet zorgvuldig worden besproken in een multidisciplinair team, waarbij de mogelijke kosten en baten tegen elkaar worden afgewogen, evenals de kosten en baten van het niet-voorschrijven van medicatie.

Wanneer medicatie wordt gestart en wanneer de dosering wordt gewijzigd, is zorgvuldige frequente monitoring van het kind of de jongere belangrijk (op veranderingen in symptomen, gedragsveranderingen, suïcidale gedachten en gedragingen, agitatie en agressief gedrag). Tevens dient hierover frequent contact te zijn tussen de voorschrijvend arts en een ouder/verzorger.

Bij kinderen en adolescenten is de startdosering lager dan bij volwassenen (ruwweg de helft).

Behandeling met medicatie dient minimaal een jaar voortgezet te worden. Naast voor- en nadelen van de medicamenteuze behandeling kunnen klinische overweging (zoals ernst, eerdere recidieven, comorbiditeit, familiale kwetsbaarheid) een rol spelen om in samenspraak met het kind / de jongere en diens ouders/verzorgers tot een beleid ten aanzien van de lange termijn te komen. Indien gekozen wordt voor afbouw is het advies om per 2-3 maanden 1 doseringsstap te verlagen. Bij onttrekkingsverschijnselen: langzamer afbouwen; bij recidiveren van de klachten: terug naar de dosering waarop het goed ging en langer continueren en onderhoudsbehandeling overwegen. Bij verandering van dosering dient regelmatig contact te zijn tussen kind, ouders/verzorgers en de voorschrijvend arts.

## 7.3 Aanbevelingen farmacotherapie per afzonderlijke angststoornis

### 7.3.1 Aanbevelingen Sociale angststoornis (SAS)

#### **STAP 1**

Op basis van effectiviteit, veiligheid, en goede verdraagbaarheid worden de SSRI's als groep sterk aanbevolen als 1e keuze bij de farmacotherapie van de SAS. Het wetenschappelijke bewijs hiervoor is sinds de vorige Richtlijn verder onderbouwd. Doseringsadviezen zijn onveranderd. Het effect van de medicatie is na 12 weken te beoordelen.

Er dient aandacht te zijn voor mogelijke bijwerkingen in de beginfase van de behandeling alsook in het vervolg en deze dienen actief en bij herhaling nagevraagd te worden. Goede begeleiding van de behandelaar voorkomt voortijdig stoppen met de behandeling hierdoor. Kortdurend toevoegen van een zo nodig benzodiazepine voor max. 2 weken kan helpen om de angsttoename van de opbouwfase goed door te komen. Bijwerkingen kunnen reden zijn om te switchen naar een ander middel. Bij de keuze van een middel dienen zowel de bijwerkingen op de korte alsook op de lange termijn meegewogen te worden, omdat het medicijn vaak langere tijd gebruikt wordt. Hetzelfde geldt met betrekking tot de te verwachten verschijnselen bij afbouw.

Behandeling met medicatie dient minimaal een jaar voortgezet te worden. Naast voor- en nadelen van de medicamenteuze behandeling kunnen klinische overweging (zoals ernst, eerdere recidieven, comorbiditeit, familiale kwetsbaarheid) een rol spelen om in samenspraak met de patiënt tot een beleid ten aanzien van de lange termijn te komen. Indien gekozen wordt voor afbouw is het advies om per 2-3 maanden 1 doseringsstap te verlagen. Bij onttrekkingsverschijnselen: langzamer afbouwen; bij recidiveren van de klachten: terug naar de dosering waarop het goed ging en langer continueren en onderhoudsbehandeling overwegen.

#### **STAP 2**

Indien een eerste SSRI onvoldoende effectief is, of teveel of te hinderlijke bijwerkingen geeft, wordt geadviseerd over te stappen naar een andere SSRI of eventueel venlafaxine. Dit laatste middel is bij SAS weinig onderzocht maar is vanuit klinische ervaring wel effectief. Tot en met een dosering van 150 mg heeft het met name serotonerge activiteit en het is de mening van de Werkgroep dat venlafaxine toegepast zou kunnen worden als een SSRI onvoldoende effectief was of teveel bijwerkingen gaf.

#### **STAP 3**

Wanneer de SSRI's en evt. venlafaxine onvoldoende effectief gebleken zijn wordt de MAOI fenelzine aanbevolen. Dit middel is zeer effectief bij de behandeling van SAS. Vanwege mogelijke bijwerkingen en de noodzaak tot het volgen van een tyramine-beperkt dieet, hetgeen voor de patiënt lastig kan zijn, wordt het gereserveerd voor therapie non-responders van stap 2 én na eerder CGT gehad te hebben met onvoldoende effect. Fenelzine mag alleen op artsverklaring voorgeschreven worden en vraagt instelling en begeleiding in de 2e lijnsGGZ door een psychiater.

Indien er contra-indicaties voor het gebruik van een MAOI bestaan, zoals moeilijk behandelbare hypertensie, dan wordt deze stap overgeslagen.

#### **STAP 4**

Bij onvoldoende effectiviteit van 2 SSRI's, venlafaxine, CGT en fenelzine kan als vierde stap gekozen worden voor chronisch benzodiazepinegebruik. Deze middelen zijn effectief in het verminderen van sociale angst maar gezien de bijwerkingen op korte en lange termijn (zoals sedatie, negatief effect op cognitief functioneren, beïnvloeden rijvaardigheid) wordt voor deze middelen pas bij therapieresistentie gekozen (inclusief MAOI vanwege de sterke mate van effectiviteit bij SAS) en nadat de patiënt ook CGT gehad heeft. Met name bromazepam en clonazepam zijn onderzocht en effectief gebleken bij SAS maar de ervaring vanuit de praktijk is dat ook andere benzodiazepines effectief kunnen zijn. Bij chronische toepassing is de keuze een middel met een langere halfwaardetijd en dan innemen op vaste tijdstippen. Advies is om na enkele maanden te proberen de dosering stapsgewijs te verminderen om tot een minimale effectieve onderhoudsdosering te komen.

Vanuit de klinische praktijk is het advies van de Werkgroep om terughoudend te zijn met het voorschrijven van benzodiazepines bij een voorgeschiedenis of positieve familie-anamnese voor wat betreft verslaving.

TCA's zijn nauwelijks onderzocht bij de farmacotherapie van SAS en worden daarom niet geadviseerd. Buspiron en mirtazapine worden niet geadviseerd bij de farmacotherapie van SAS; zij zijn wel onderzocht maar niet effectief gebleken.

Olanzapine lijkt in zeer beperkt onderzoek bij een zeer klein patiëntenaantal sociale angst te verminderen. Mogelijk is dit effect het gevolg van de sedatieve bijwerking van dit antipsychoticum. Gezien de risico's op bijwerkingen (o.a. metabole afwijkingen en risico op cardiale events) wordt dit middel door de Werkgroep niet aanbevolen, tenzij er sprake is van zeer sterke en invaliderende sociale angst die niet op een andere wijze doorbroken kan worden. Het advies is dan om de olanzapine kortdurend toe te passen en als de angst verminderd is, de olanzapine af te bouwen en dan over te gaan op de reguliere, in de Richtlijn geadviseerde behandeling. Mogelijk zou dan ook een ander antipsychoticum met minder bijwerkingen gekozen kunnen worden (bv haloperidol).

### *7.3.2 Aanbevelingen Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)*

#### **STAP 1**

SSRI's als groep en de SNRI's duloxetine en venlafaxine zijn alle effectief bij de behandeling van GAS en gezien de veiligheid en goede verdraagbaarheid worden zij sterk aanbevolen als 1e keuze. Het bewijs hiervoor is sinds de vorige Richtlijn verder onderbouwd. Doseringadviezen zijn onveranderd. Het effect van de medicatie is na 6-8 weken te beoordelen.

Er dient aandacht te zijn voor mogelijke bijwerkingen in de beginfase van de behandeling alsook in het vervolg en deze dienen actief en bij herhaling nagevraagd te worden. Goede begeleiding van de

behandelaar voorkomt voortijdig stoppen met de behandeling hierdoor. Kortdurend toevoegen van een zo nodig benzodiazepine voor max. 2 weken kan helpen om eventuele angsttoename van de opbouwfase goed door te komen. Bijwerkingen kunnen reden zijn om te switchen naar een ander middel. Bij de keuze van een middel dienen zowel de bijwerkingen op de korte alsook op de lange termijn meegewogen te worden, omdat het medicijn vaak langere tijd gebruikt wordt. Hetzelfde geldt met betrekking tot de te verwachten verschijnselen bij afbouw.

Behandeling met medicatie dient minimaal een jaar voortgezet te worden. Naast voor- en nadelen van de medicamenteuze behandeling kunnen klinische overweging (zoals ernst, eerdere recidieven, comorbiditeit, familiale kwetsbaarheid) een rol spelen om in samenspraak met de patiënt tot een beleid ten aanzien van de lange termijn te komen. Indien gekozen wordt voor afbouw is het advies om per 2-3 maanden 1 doseringsstap te verlagen. Bij onttrekkingsverschijnselen: langzamer afbouwen; bij recidiveren van de klachten: terug naar de dosering waarop het goed ging en langer continueren en onderhoudsbehandeling overwegen.

Ook buspiron kan gekozen worden als eerste stap bij de farmacotherapie van GAS, en met name indien er geen sprake is van comorbiditeit met andere angststoornissen.

## **STAP 2**

Indien een eerste SSRI of SNRI (venlafaxine/duloxetine) onvoldoende effectief is, of teveel of te hinderlijke bijwerkingen geeft, wordt geadviseerd over te stappen naar een andere SSRI of SNRI (venlafaxine/duloxetine) of agomelatine. Dit laatste middel is ook effectief bij GAS en kan met name ingezet worden indien er sprake is van teveel serotonerge bijwerkingen op de andere middelen en wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met een andere angststoornis. Bij comorbide depressieve klachten is agomelatine wel een optie, gezien de effectiviteit bij depressie.

## **STAP 3**

Wanneer de SSRI's, SNRI's venlafaxine en duloxetine en evt. agomelatine onvoldoende effectief gebleken zijn wordt pregabaline of de benzodiazepine lorazepam geadviseerd. Pregabaline en lorazepam zijn effectief in het verminderen van GAS maar gezien de mogelijke bijwerkingen op korte en lange termijn (zoals sedatie, negatief effect op cognitief functioneren, beïnvloeden rijvaardigheid) wordt voor deze middelen pas bij therapieresistentie gekozen en nadat de patiënt ook CGT gehad heeft. Bij chronische toepassing van lorazepam is het belangrijk dit in te nemen op vaste tijdstippen. Advies is om na enkele maanden te proberen de dosering stapsgewijs te verminderen om tot een minimale onderhoudsdosering te komen. Hetzelfde geldt voor pregabaline.

Vanuit de klinische praktijk is het advies van de Werkgroep om terughoudend te zijn met het voorschrijven van benzodiazepines bij een voorgeschiedenis of positieve familieanamnese voor wat betreft verslaving.

#### **STAP 4**

Bij onvoldoende effectiviteit van de stappen 1, 2 en 3 (inclusief CGT) kan als vierde stap gekozen worden voor de andere optie van stap 3 pregabaline of de benzodiazepine lorazepam. Hierbij gelden dezelfde overwegingen als bij stap 3.

TCA's zijn niet onderzocht bij de farmacotherapie van GAS en worden daarom niet geadviseerd.

Quetiapine lijkt in beperkt onderzoek gegeneraliseerde angst te verminderen. Mogelijk is dit effect het gevolg van de sedatieve bijwerking van dit antipsychoticum. Gezien de risico's op bijwerkingen (oa. metabole afwijkingen en risico op cardiale events) wordt dit middel door de Werkgroep niet aanbevolen, tenzij er sprake is van zeer sterke en invaliderende angst die niet op een andere wijze doorbroken kan worden. Het advies is dan om de quetiapine kortdurend toe te passen en als de angst verminderd is, de quetiapine af te bouwen en dan over/verder te gaan op/met de reguliere, in de Richtlijn geadviseerde behandeling. Mogelijk zou dan ook een ander antipsychoticum met minder bijwerkingen gekozen kunnen worden (bijvoorbeeld haloperidol).

#### 7.3.3 *Aanbevelingen Paniekstoornis*

#### **STAP 1**

SSRI's als groep en de SNRI's duloxetine en venlafaxine zijn alle effectief bij de behandeling van paniekstoornis en gezien de veiligheid en goede verdraagbaarheid worden zij sterk aanbevolen als 1e keuze. Het bewijs hiervoor is sinds de vorige Richtlijn verder onderbouwd. Doseringadviezen zijn onveranderd. Het effect van de medicatie is na 6-8 weken te beoordelen.

Er dient aandacht te zijn voor mogelijke bijwerkingen in de beginfase van de behandeling alsook in het vervolg en deze dienen actief en bij herhaling nagevraagd te worden. Goede begeleiding van de behandelaar voorkomt voortijdig stoppen met de behandeling hierdoor. Kortdurend toevoegen van een zo nodig benzodiazepine voor max. 2 weken kan helpen om de eventuele angsttoename van de opbouwfase goed door te komen. Bijwerkingen kunnen reden zijn om te switchen naar een ander middel. Bij de keuze van een middel dienen zowel de bijwerkingen op de korte alsook op de lange termijn meegewogen te worden, omdat het medicijn vaak langere tijd gebruikt wordt. Hetzelfde geldt met betrekking tot de te verwachten verschijnselen bij afbouw.

Behandeling met medicatie dient minimaal een jaar voortgezet te worden. Naast voor- en nadelen van de medicamenteuze behandeling kunnen klinische overweging (zoals ernst, eerdere recidieven, comorbiditeit, familiale kwetsbaarheid) een rol spelen om in samenspraak met de patiënt tot een beleid ten aanzien van de lange termijn te komen. Indien gekozen wordt voor afbouw is het advies om per 2-3 maanden 1 doseringsstap te verlagen. Bij onttrekkingsverschijnselen: langzamer afbouwen; bij recidiveren van de klachten: terug naar de dosering waarop het goed ging en langer continueren en onderhoudsbehandeling overwegen.

## **STAP 2**

Indien een eerste SSRI of SNRI (venlafaxine/duloxetine) onvoldoende effectief is, of teveel of te hinderlijke bijwerkingen geeft, wordt geadviseerd over te stappen naar een andere SSRI of SNRI (venlafaxine/duloxetine).

## **STAP 3**

Indien stap 1 en 2 onvoldoende effectief waren, of teveel hinderlijke bijwerkingen geven, wordt geadviseerd over te stappen naar clomipramine of eventueel imipramine. Alhoewel niet verder onderzocht na de vorige richtlijn blijven dit zeer effectieve middelen bij de behandeling van de paniekstoornis, alhoewel meer (noradrenerge) bijwerkingen ervaren kunnen worden.

## **STAP 4**

Wanneer de SSRI's, venlafaxine/duloxetine, en clomipramine/imipramine onvoldoende effectief gebleken zijn wordt de MAOI fenelzine aanbevolen. Dit middel is zeer effectief bij de behandeling van paniekstoornis. Vanwege mogelijke bijwerkingen en de noodzaak tot het volgen van een tyramine-beperkt dieet, hetgeen voor de patiënt lastig kan zijn, wordt het gereserveerd voor therapie non-responders van de eerdere stappen én na eerder CGT gehad te hebben met onvoldoende effect. Fenelzine mag alleen op artsverklaring voorgeschreven worden en vraagt instelling en begeleiding in de 2e lijnsGGZ door een psychiater.

Indien er contra-indicaties voor het gebruik van een MAOI bestaan, zoals moeilijk behandelbare hypertensie, dan wordt deze stap overgeslagen.

## **STAP 5**

Bij onvoldoende effectiviteit van SSRI's, venlafaxine/duloxetine, clomipramine, CGT en fenelzine kan als vijfde stap gekozen worden voor chronisch benzodiazepinegebruik. Deze middelen zijn effectief in het verminderen van paniekaanvallen maar gezien de bijwerkingen op korte en lange termijn (zoals sedatie, negatief effect op cognitief functioneren, beïnvloeden rijvaardigheid) wordt voor deze middelen pas bij therapieresistentie gekozen (inclusief MAOI vanwege de effectiviteit bij paniekstoornis) en nadat de patiënt ook CGT gehad heeft. Geadviseerd wordt om bij chronisch gebruik een langwerkende benzodiazepine zoals alprazolam, bromazepam, clonazepam, diazepam of lorazepam voor te schrijven met vaste innametijden. Advies is om na enkele maanden te proberen de dosering stapsgewijs te verminderen om tot een minimale onderhoudsdosering te komen.

Vanuit de klinische praktijk is het advies van de Werkgroep om terughoudend te zijn met het voorschrijven van benzodiazepines bij een voorgeschiedenis of positieve familie-anamnese voor wat betreft verslaving.

Antipsychotica kunnen angst verminderen, mogelijk door de sedatieve bijwerking van deze middelen. Gezien de risico's op bijwerkingen (oa. metabole afwijkingen en risico op cardiale events) worden antipsychotica door de Werkgroep niet aanbevolen, tenzij er sprake is van zeer sterke en invaliderende angst die niet op een andere wijze doorbroken kan worden. Het advies is dan om het antipsychoticum



kortdurend toe te passen en als de angst verminderd is, het middel af te bouwen en dan over/verder te gaan op/met de reguliere, in de Richtlijn geadviseerde behandeling. Als een antipsychoticum tijdelijk wordt voorgeschreven dan heeft het de voorkeur om te kiezen voor een middel met zo weinig mogelijk bijwerkingen, bijvoorbeeld haloperidol.

### 7.3.4 Aanbevelingen obsessieve-compulsieve stoornis

#### **STAP 1**

SSRI's als groep en de SNRI's venlafaxine en duloxetine zijn alle effectief bij de behandeling van OCS en gezien de veiligheid en goede verdraagbaarheid worden zij sterk aanbevolen als 1e keuze bij volwassenen. Het bewijs hiervoor is sinds de vorige Richtlijn verder onderbouwd. Doseringadviezen zijn onveranderd. Bij OCS zijn vaak hogere doseringen nodig om het gewenste resultaat te bereiken vergeleken met de doseringen bij de andere angststoornissen en die bij depressie. Het effect van de medicatie is na 12 weken te beoordelen. Indien bij 10 weken maximale dosering geen enkel effect gezien wordt, dan kan eerder naar de volgende behandelstap overgegaan worden.

Er dient aandacht te zijn voor mogelijke bijwerkingen in de beginfase van de behandeling alsook in het vervolg en deze dienen actief en bij herhaling nagevraagd te worden. Goede begeleiding van de behandelaar voorkomt voortijdig stoppen met de behandeling hierdoor. Kortdurend toevoegen van een benzodiazepine voor max. 2 weken kan helpen om de eventuele angsttoename van de opbouwfase goed door te komen. Bijwerkingen kunnen reden zijn om te switchen naar een ander middel. Bij de keuze van een middel dienen zowel de bijwerkingen op de korte alsook op de lange termijn meegewogen te worden, omdat het medicijn vaak langere tijd gebruikt wordt. Hetzelfde geldt met betrekking tot de te verwachten verschijnselen bij afbouw.

Behandeling met medicatie dient minimaal een jaar voortgezet te worden. Naast voor- en nadelen van de medicamenteuze behandeling kunnen klinische overweging (zoals ernst, eerdere recidieven, comorbiditeit, familiale kwetsbaarheid) een rol spelen om in samenspraak met de patiënt tot een beleid ten aanzien van de lange termijn te komen. Indien gekozen wordt voor afbouw is het advies om per 2-3 maanden 1 doseringsstap te verlagen. Bij onttrekkingsverschijnselen: langzamer afbouwen; bij recidiveren van de klachten: terug naar de dosering waarop het goed ging en langer continueren en onderhoudsbehandeling overwegen. Bij OCS is met regelmaat een minimale onderhoudsdosering nodig om op een acceptabel functioneringsniveau te blijven.

#### **STAP 2**

Indien een eerste SSRI of venlafaxine/duloxetine onvoldoende effectief is, of teveel of te hinderlijke bijwerkingen geeft, wordt geadviseerd over te stappen naar een andere SSRI of venlafaxine/duloxetine.

#### **STAP 3**

Indien stap 1 en 2 onvoldoende effectief waren, of teveel hinderlijke bijwerkingen geven, wordt geadviseerd over te stappen naar clomipramine. Alhoewel niet verder onderzocht na de vorige richtlijn blijft dit een zeer effectief middel bij de behandeling van OCS, alhoewel meer (noradrenerge)

bijwerkingen ervaren kunnen worden. Een bloedspiegelbepaling van clomipramine en de metaboliet desmethylclomipramine kan, bij onvoldoende effectiviteit, zinvol zijn om de verhouding te bepalen. Bij een hogere desmethylclomipraminespiegel dan die van clomipramine is het advies fluvoxamine 25-50 mg toe te voegen, om de omzetting te vertragen (en de serotonerge heropnameremming sterker wordt).

#### **STAP 4**

Bij onvoldoende effectiviteit of teveel hinderlijke bijwerkingen van de SSRI's, venlafaxine/duloxetine en clomipramine wordt aanbevolen om een antipsychoticum aan de clomipramine toe te voegen (aripiprazol, haloperidol, olanzapine, quetiapine, risperidon), in lage dosering. Het effect hiervan kan binnen enkele weken beoordeeld worden.

Bij een partieel effect op een SSRI of venlafaxine/duloxetine (stap 2) kan deze augmentatie met een antipsychoticum ook aan dit middel gedaan worden, voordat naar clomipramine overgegaan wordt.

#### **STAP 5**

Indien stap 1 tm 4 onvoldoende effectief waren of teveel hinderlijke bijwerkingen gaven, dan is additie van een glutamaterg middel het advies, zoals memantine, lamotrigine en topiramaat. Er is toenemend onderzoek beschikbaar dat de effectiviteit van deze behandelstap aantoont.

#### **Overige aanbevelingen Obsessieve-compulsieve stoornis**

Vanwege bewezen niet-effectiviteit beveelt de Werkgroep aan om lithium, buspiron en bupremorfine niet te gebruiken bij de farmacotherapie van OCS. Hetzelfde geldt voor benzodiazepinen, tenzij er een noodzaak is voor kortdurende sedatie.

## 7.4 Aanbevelingen Farmacotherapie - kinderen en adolescenten

Geef bij het voorschrijven van medicatie bij kinderen en adolescenten zorgvuldige informatie over de reden voor de medicatie, het verwachte effect, de tijd die het duurt voordat therapeutische effecten zichtbaar worden, de verwachte duur van de behandeling, de mogelijke bijwerkingen inclusief mogelijke toename van suïcidale gedachten en handelingen, het risico op terugval bij afbouwen van medicatie, het effect van acuut stoppen en het belang van een goede therapietrouw.

Herhaal dit zo nodig gedurende de behandeling. Goede websites waar de patiënt aanvullende informatie kan vinden zijn: [www.kenmed.nl](http://www.kenmed.nl) (algemene website met informatie over psychofarmaca, gemaakt door patiënten en professionals); [www.adfstichting.nl](http://www.adfstichting.nl) (website van de patiënten- en naastbetrokkenenorganisatie Angst, Dwang en FobieStichting); <https://www.nedkad.nl> (website van het Nederlands Kenniscentrum Angst, Dwang, Trauma en Depressie).

Voor kinderen, adolescenten en hun ouders staat relevante informatie op de website van het landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie <https://kenniscentrum-kjp.nl/ouders-adolescenten> en op de gelieerde website <https://www.brainwiki.nl>.

Het gebruik van medicatie bij adolescenten moet goed worden besproken in een multidisciplinair team, waarbij de mogelijke kosten en baten tegen elkaar worden afgewogen.

Zorgvuldige frequente monitoring van het kind of de adolescenten is belangrijk. Tevens moet er frequent contact zijn met een ouder/verzorger, in de eerste maanden wanneer medicatie wordt gestart en wanneer de dosering wordt gewijzigd.

Combineer farmacotherapie altijd met psycho-educatie voor kinderen en ouders (zo nodig school), en psychologische begeleiding voor de kinderen.

Betrek zowel het kind of de adolescent en de ouders/verzorgers actief bij het besluitvormingsproces over de behandelstrategie.

Het gebruik van medicatie bij kinderen en adolescenten met een angst- of dwangstoornis moet zorgvuldig worden besproken in een multidisciplinair team, waarbij de mogelijke kosten en baten tegen elkaar worden afgewogen, evenals de kosten en baten van het niet-voorschrijven van medicatie.

Wanneer medicatie wordt gestart en wanneer de dosering wordt gewijzigd, is zorgvuldige frequente monitoring van het kind of de jongere belangrijk (op veranderingen in symptomen, gedragsveranderingen, suïcidale gedachten en gedragingen, agitatie en agressief gedrag). Tevens dient hierover frequent contact te zijn tussen de voorschrijvend arts en een ouder/verzorger.

Specifiek voor angststoornissen: Medicatie kan bij kinderen / adolescenten met een angststoornis worden overwogen als toevoeging, wanneer een andere (psychologische) behandeling onvoldoende werkt.

Benzodiazepinen, SSRI's of SNRI's worden voor de indicatie angststoornissen bij kinderen of adolescenten off label voorgeschreven (Farmacotherapeutisch Kompas).

Middelen die overwogen zouden kunnen worden zijn de SSRI's fluoxetine, sertraline of (es)citalopram. Indien de eerste SSRI onvoldoende effectief is, of teveel of te hinderlijke bijwerkingen geeft, wordt geadviseerd over te stappen naar een andere SSRI.

Bij minderjarigen is fluoxetine geregistreerd voor de indicatie depressie en sertraline geregistreerd voor gebruik bij OCS; mogelijke comorbide klachten kunnen meespelen bij de keuze voor een middel.

Specifiek voor OCS: Medicatie kan bij kinderen / adolescenten worden overwogen als toevoeging wanneer een andere (psychologische) behandeling onvoldoende werkt. Overwegende de gerapporteerde werkzaamheid en de registratie voor de doelgroep (farmacotherapeutisch kompas), gaat de voorkeur uit naar de SSRI sertraline voor de eerste stap medicamenteuze behandeling. Indien deze eerste SSRI onvoldoende effectief is, of teveel of te hinderlijke bijwerkingen geeft, wordt geadviseerd over te stappen naar een andere SSRI (zoals fluoxetine of (es)citalopram)), die dan off label wordt voorgeschreven.

Bij minderjarigen is fluoxetine is geregistreerd voor de indicatie depressie; mogelijke comorbide klachten kunnen meespelen bij de keuze voor een middel.

Bij kinderen en adolescenten is de startdosering lager dan bij volwassenen (ruwweg de helft).

Benzodiazepinen en SNRI's zijn nauwelijks onderzocht als farmacotherapie van angst- en dwangstoornissen bij kinderen en adolescenten worden daarom niet geadviseerd.

Behandeling met medicatie dient minimaal een jaar voortgezet te worden. Naast voor- en nadelen van de medicamenteuze behandeling kunnen klinische overweging (zoals ernst, eerdere recidieven, comorbiditeit, familiale kwetsbaarheid) een rol spelen om in samenspraak met het kind / de jongere en diens ouders/verzorgers tot een beleid ten aanzien van de lange termijn te komen. Indien gekozen wordt voor afbouw is het advies om per 2-3 maanden 1 doseringsstap te verlagen. Bij onttrekkingsverschijnselen: langzamer afbouwen; bij recidiveren van de klachten: terug naar de dosering waarop het goed ging en langer continueren en onderhoudsbehandeling overwegen. Bij verandering van dosering dient regelmatig contact te zijn tussen kind, ouders/verzorgers en de voorschrijvend arts.

## 7.5 Aanbevelingen Farmacotherapie - ouderen

Vanwege de schaarsheid aan RCT's en meta-analyses bij ouderen met angst- en dwangstoornissen en vanwege het gegeven dat de bevindingen in dezelfde richting wijzen als bij 18-65-jarigen is het advies bij ouderen de richtlijn voor 18-65-jarigen te volgen met betrekking tot de farmacotherapeutische behandeling van angst- en dwangstoornissen. Belangrijk is daarbij rekening te houden met de leeftijdsspecifieke kenmerken van ouderen met betrekking tot de

farmacokinetiek, de somatiek en interacties met andere medicamenten. De aanbevolen SSRI's zijn (es-)citalopram en sertraline op grond van het gunstiger bijwerkingenprofiel, ervaring, minder kans op interacties, beperkte risico's bij overdosering en het gebruikersgemak. Aanbevolen wordt de langzamere opbouw te reserveren indien er bijwerkingen optreden die snellere opbouw belemmeren. Bij de oudste ouderen (80-plussers) is de startdosering de helft van die bij volwassenen. Daarnaast is het advies terughoudend te zijn met benzodiazepines vanwege het sederende effect en het verhoogde valrisico.

## Hoofdstuk 8 Combinatiebehandeling

### 8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen over de combinatie van farmacotherapie en psychotherapie bij angststoornissen en OCS.

### 8.2 Aanbevelingen Psychotherapie vs Farmacotherapie

De richtlijncommissie beveelt sterk aan om behandeling van mensen met angst-of dwangstoornissen zo mogelijk te starten zonder medicatie. Wanneer een comorbide depressieve stoornis dit noodzakelijk maakt, kan in deze gevallen worden gekozen voor een start met antidepressiva. Bij restklachten kan dan CGT worden toegevoegd. Wanneer patiënten een voorkeur hebben voor een medicamenteuze behandeling vormt dat een goed alternatief: zie hoofdstuk 7 voor informatie over farmacotherapie.

### 8.3 Aanbevelingen Combinatiebehandeling Psychotherapie met Farmacotherapie

De richtlijncommissie beveelt sterk aan om behandeling van de eerste episode angst-of dwangstoornis zo mogelijk te starten zonder medicatie. Wanneer een comorbide depressieve stoornis dit noodzakelijk maakt, kan in deze gevallen wel gekozen worden voor een start met antidepressiva. Bij restklachten kan dan CGT worden toegevoegd. Wanneer patiënten een voorkeur hebben voor een medicamenteuze behandeling, is dit een goede behandelmogelijkheid. Bij een recidief episode van de angst- of dwangstoornis of bij therapieresistentie kan het zinvol zijn een behandeling met een combinatie van CGT en antidepressiva te overwegen.

# Hoofdstuk 9 Neuromodulatie

## 9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen met betrekking tot:

- rTMS (Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie)
- DBS (Deep brain stimulation)
- Lesie-chirurgie (Ablatie-chirurgie)

## 9.2 Aanbevelingen

rTMS is te overwegen voor bij patiënten met OCS bij wie behandeling met cognitieve gedragstherapie en/of medicatie heeft gefaald (N.B. precieze plaats in het behandelalgoritme is nog te bepalen).

Uitvoering van rTMS vindt bij voorkeur plaats in een in rTMS bij OCS gespecialiseerde behandelsetting, waar ook verder onderzoek gedaan wordt.

Het is te overwegen om DBS aan te bieden als behandeloptie, bij ernstige therapieresistente OCS, dat wil zeggen na onvoldoende effect op gedragstherapie van voldoende duur en intensiteit, meerdere medicatiestappen van voldoende duur en dosering (SSRI, venlafaxine/clomipramine, additie antipsychoticum) en geïntensiveerde CGT. Deze behandeling dient uitgevoerd te worden in een in DBS bij OCS gespecialiseerd centrum waarbij er ook aandacht dient te zijn voor vervolgbehandeling.

Het is te overwegen om lesie-chirurgie aan te bieden als behandelingsoptie, bij ernstige therapieresistente OCS met hoge lijdensdruk, dat wil zeggen na onvoldoende effect op gedragstherapie van voldoende duur en intensiteit, meerdere medicatiestappen van voldoende duur en dosering, (SSRI, venlafaxine/clomipramine, additie antipsychoticum) en geïntensiveerde CGT en na DBS, of indien DBS gecontra-indiceerd of niet gewenst is, of de patiënt een duidelijke voorkeur heeft. Deze behandeling dient uitgevoerd te worden in een in lesie-chirurgie gespecialiseerd centrum waarbij er ook aandacht dient te zijn voor vervolgbehandeling.

Het is aan te bevelen eenduidige en uitgebreide informatie, zowel mondeling alsook schriftelijk, over de verschillende vormen van neuromodulatie te verstrekken aan patiënt en naasten over de te verwachten behandelresultaten, duur van de behandeling, uitvoering, intensiteit, nevenbehandelingen bijvoorbeeld. CGT/medicatie en bijwerkingen op korte en lange termijn.

Wat betreft de afwegingen tussen DBS of lesie-chirurgie is het aan te bevelen de patiënt en naasten actief bij deze overwegingen en keuze te betrekken.

Het is aan te bevelen om bij iedere patiënt die DBS ondergaat op systematische wijze informatie over effect en bijwerkingen van de behandeling te verzamelen tijdens de operatie (1), bij het instellen van de stimulatie (2) en daarna bijvoorbeeld jaarlijks (3).

Hetzelfde wordt aanbevolen voor lesie-chirurgie.

Het is aan te bevelen om bij iedere patiënt die neuromodulatie ondergaat voor, tijdens en na de behandeling de kwaliteit van leven te meten bijvoorbeeld met een visueel analoge schaal (VAS), door de patiënt een cijfer tussen 0 en 10 te laten scoren, of de MHQoL, zodat het effect van de behandeling goed kan worden gevolgd.

Het is aan te bevelen om verder onderzoek te verrichten naar de effecten van rTMS, locaties, frequentie, intensiteit, duur, nevenbehandelingen, alsook onderzoek te verrichten waarbij de effecten, bijwerkingen, bestendigheid en langetermijneffecten van rTMS vergeleken worden met CGT en farmacotherapie.



# Hoofdstuk 10 Ondersteunende interventies ter bevordering van maatschappelijke participatie

## 10.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor interventies die gericht zijn op het bevorderen van arbeidsparticipatie, terugkeer naar school of opleiding en het bevorderen van maatschappelijke participatie.

## 10.2 Aanbevelingen

Specifieke vormen van interventies om werk te hervatten kunnen we niet aanbevelen. Totdat er meer evidentie is over de effectiviteit lijkt de gebruikelijke behandeling door de verschillende instanties die met ziekteverzuim en werkhervatting te maken hebben, aangewezen.

Er zijn aanwijzingen dat kortere intensievere (CGT) behandeltrajecten leiden tot sneller herstel en minder werkverzuim dan CGT met wekelijkse sessies. Vanuit het oogpunt van verzuim is het belangrijk om te overwegen of korte intensieve trajecten mogelijk en wenselijk zijn.

# Hoofdstuk 11 Onderhoudsbehandeling

## 11.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor het voorkomen van terugval.

## 11.2 Aanbevelingen Cognitieve gedragstherapie t.b.v. terugvalpreventie

Informeer patiënten altijd over de kans op een terugval.

Stel met de patiënt (en naasten) een concreet terugvalpreventieplan op. Beschrijf daarin met wie contact kan worden opgenomen bij een (dreigende) terugval.

Adviseer 'huiswerkschriften' van de cognitieve gedragstherapie te bewaren en zo nodig weer te gebruiken.

Adviseer ook ouders de 'huiswerkschriften' van ouderbegeleiding te bewaren of om de geleerde vaardigheden en adviezen op te schrijven om later zo nodig weer te gebruiken.

Adviseer de patiënt en de naasten symptomen te monitoren en bij een terugval tijdig hulp in te schakelen. Ook de huisarts kan een signalerende functie hebben. Houdt hierbij rekening met schaamte en vermijding.

## 11.2 Aanbevelingen Medicatie

Stak antidepressiva indien deze niet hebben bijgedragen aan remissie of duidelijke vermindering bij patiënten met een angststoornis of obsessieve-compulsieve stoornis.

Continueer antidepressiva bij patiënten met een angststoornis of obsessieve-compulsieve stoornis ten minste een jaar, bij gebleken effectiviteit. Indien de patiënt sowieso wil stoppen met het antidepressivum, lijkt er geen reden om de patiënt te adviseren per sé het jaar vol te maken.

Na remissie van de angststoornis of obsessieve-compulsieve stoornis én een jaar behandelen met het antidepressivum kan worden overwogen de medicatie af te bouwen. Deze afweging kan leiden tot het besluit de medicatie af te bouwen, tot het besluit de medicatie te continueren of tot het besluit de afweging op een later moment opnieuw te maken.

Initieer als behandelend arts het gesprek met de patiënt en maak de afweging om al dan niet af te bouwen samen met de patiënt. Huisartsen hanteren de NHG Standaard Angststoornissen als leidend document. Probeer hiervoor aan de hand van risicofactoren een inschatting te maken van het risico op terugval bij de individuele patiënt. Weeg ook andere factoren mee in de besluitvorming om de

antidepressiva al dan niet af te bouwen, waaronder eerdere afbouw pogingen, ernst van eerdere episode en mate van disfunctioneren, beloop eerdere behandeling, wens van de patiënt, de ervaren bijwerkingen, de te verwachten life-events, het risico dat medicatie na herstart mogelijk minder effectief zal zijn en de mogelijkheid om in geval van een (dreigende) terugval de zorg op te schakelen. Attendeer de patient op informatie te vinden op websites zoals [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl), [www.adf-stichting.nl](http://www.adf-stichting.nl).

Geef bij overdracht van de GGZ naar de huisarts zo mogelijk specifieke en concrete adviezen aan de huisarts ten aanzien van afbouw, wanneer dit te overwegen, welke factoren mee te wegen, tempo van afbouw en wat te doen bij terugval.

### 11.3 Aanbevelingen afbouwen van een onderhoudsbehandeling met antidepressiva

Vertel patiënten dat ze vanwege het risico op antidepressiva discontinueringssymptomen (ADS) en op terugval van de aandoening nooit zelf abrupt moeten stoppen, maar dit altijd moeten overleggen met hun behandelaar.

Geef bij het afbouwen van antidepressiva uitleg over het mogelijk kunnen optreden van symptomen van antidepressiva discontinueringssymptomen (ADS).

Maak afspraken met de patiënt over het tempo en de doseringsstappen bij afbouwen van antidepressiva o.b.v. gedeelde besluitvorming, ondersteund door de consensus uit de Multidisciplinaire Documenten. Overweeg de gepresenteerde afbouwschema's uit het Multidisciplinaire Document te gebruiken, op geleide van aan- of afwezigheid van risicofactoren voor ADS. Vertraag het afbouwtempo indien wenselijk voor een goede monitoring op terugval.

Maak vooraf een terugvalpreventieplan, en maak afspraken met de patiënt over de mogelijkheid van tussentijds contact.

Bagatelliseer ADS niet. Bied bij milde tot matige symptomen van ADS begeleiding met behulp van geruststelling, uitstellen van de volgende verlaging en/of ondersteunende medicatie.

Onderscheid symptomen van ADS van symptomen van terugval. Aarzel niet bij ernstige symptomen van ADS de dosering weer te verhogen. Dit maakt het onderscheid tussen symptomen van ADS en terugval of recidief helder. Leg dit goed uit aan de patiënt en diens naaste(n).

Keer bij het optreden van ernstige symptomen van ADS terug naar de laagste dosis zonder ADS, kies voor een meer geleidelijke afbouw (qua tempo en/of doseringsstappen) vanaf deze dosis, en overweeg opties voor aanvullende behandeling.

Bij terugval van de psychiatrische aandoening: ga terug naar de dosering waarop het goed ging en die langduriger continueren. Bij herhaaldelijke terugval bij afbouw: overweeg onderhoudsbehandeling.

De snelheid van het doorlopen van de stappen is onderwerp van gedeelde besluitvorming en afhankelijk van het risico op ADS, het risico op terugval en de monitoring ervan en het verloop van het proces.

## Hoofdstuk 12 Comorbiditeit Angst- en Dwangstoornissen en Depressie

### 12.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor behandeling als er sprake is van comorbide depressie.

### 12.2 Aanbevelingen

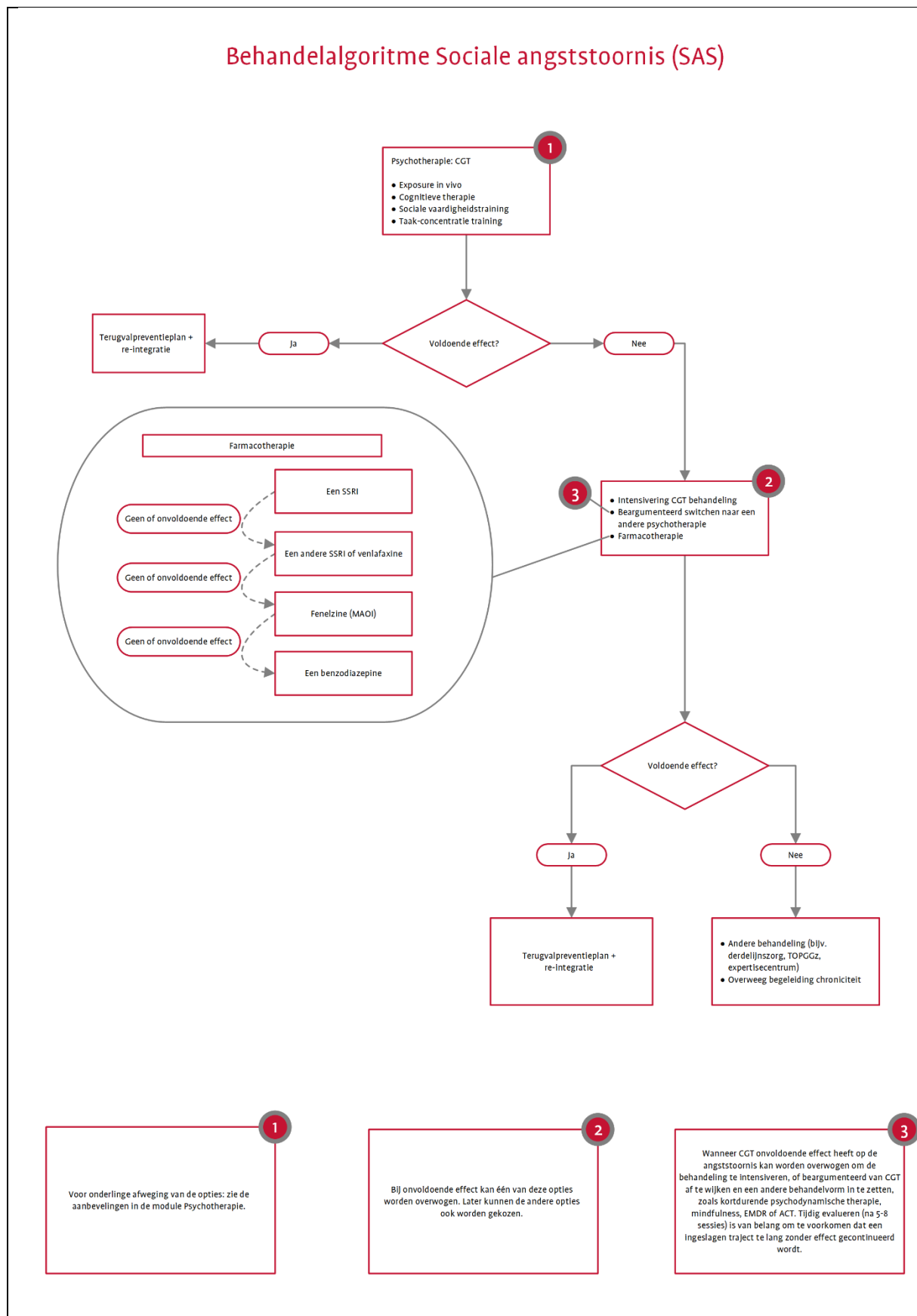
Er wordt sterk aanbevolen de angststoornis en comorbide depressie vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) te behandelen in afstemming met de patiënt.

Bij comorbide depressie kan de behandeling van de angst- of dwangstoornis plaatsvinden conform de aanbevelingen van de angst- of dwangstoornis zonder comorbide stoornis. Wanneer de comorbide depressieve stoornis ernstig of zeer ernstig is, kan een combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie overwogen worden of is nieuwe diagnostiek geïndiceerd, waarbij mogelijk de depressieve stoornis de hoofdclassificatie kan worden. Als dat het geval wordt sterk aanbevolen de depressierichtlijn te volgen.

Bovengenoemde aanbevelingen gelden voor alle specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen, zwangere en lacterende vrouwen.

## Hoofdstuk 13 Samenvatting: Behandelalgoritmes

## 13.1 Behandelalgoritme Sociale angststoornis (SAS)



### 13.1.1 Begeleidende tekst bij Behandelalgoritme Sociale angststoornis (SAS)

Uit de richtlijnteksten blijkt dat verschillende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen gebruikt kunnen worden bij de behandeling van de sociale angststoornis. In het bijgaande algoritme is de plaats van deze behandelingen bepaald ten opzichte van elkaar.

NB: Bij een recidief SAS kan op basis van therapievoorgeschiedenis overwogen worden farmacotherapie-behandelstappen over te slaan.

#### **Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie**

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de richtlijncommissie besloten de volgende behandelingen in de richtlijn op te nemen:

1. Psychotherapie bestaande uit exposure in vivo met responspreventie (ERP), cognitieve therapie (CT), sociale vaardigheidstraining en taakconcentratie training, hier cognitieve gedragstherapie genoemd (CGT).
2. Farmacotherapie bestaande uit SSRI's, venlafaxine, fenelzine en benzodiazepinen.

#### **Geselecteerde interventies op basis van consensus**

De richtlijncommissie heeft op basis van consensus besloten de volgende behandelingsrediënten in de richtlijn op te nemen:

1. Terugvalpreventie: Na een geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmaca wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval.
2. Wanneer CGT onvoldoende effect heeft op de angststoornis kan worden overwogen om de behandeling te intensiveren, of beargumenteerd van CGT af te wijken en een andere behandelvorm in te zetten, zoals kortdurende psychodynamische therapie, mindfulness, EMDR of ACT. Tijdig evalueren (na 5-8 sessies) is van belang om te voorkomen dat een ingeslagen traject te lang zonder effect gecontinueerd wordt.

Op basis van consensus heeft de richtlijncommissie deze behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een algoritme. In de voorkeursvolgorde is het patiënten-perspectief meegewogen en het gegeven dat CGT op lange termijn effectiever is dan farmacotherapie en dat, vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie, méér patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling. Ook wordt zo overbehandeling voorkómen.

#### **Uitgangspunten**

1. Alle beslissingen worden gemaakt in samenspraak met de patiënt. Na psycho-educatie wordt steeds tot een behandeling besloten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt. Indien van toepassing worden bij het kiezen van een behandeling de ervaring en uitkomsten van eerdere behandelingen meegewogen.
2. Altijd krijgt de patiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandelmogelijkheden. De behandelaar kan gebruik maken van websites (<http://www.nedkad.nl/>) en informatiebrochures van de patiëntenverenigingen of de verschillende beroepsgroepen alsook <https://www.thuisarts.nl>. Mits met toestemming van de patiënt wordt ook informatie verstrekt aan diens directe verwanten.
3. Attendeer de patiënt op het bestaan van patiëntenverenigingen, zoals de Angst, Dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl/>).

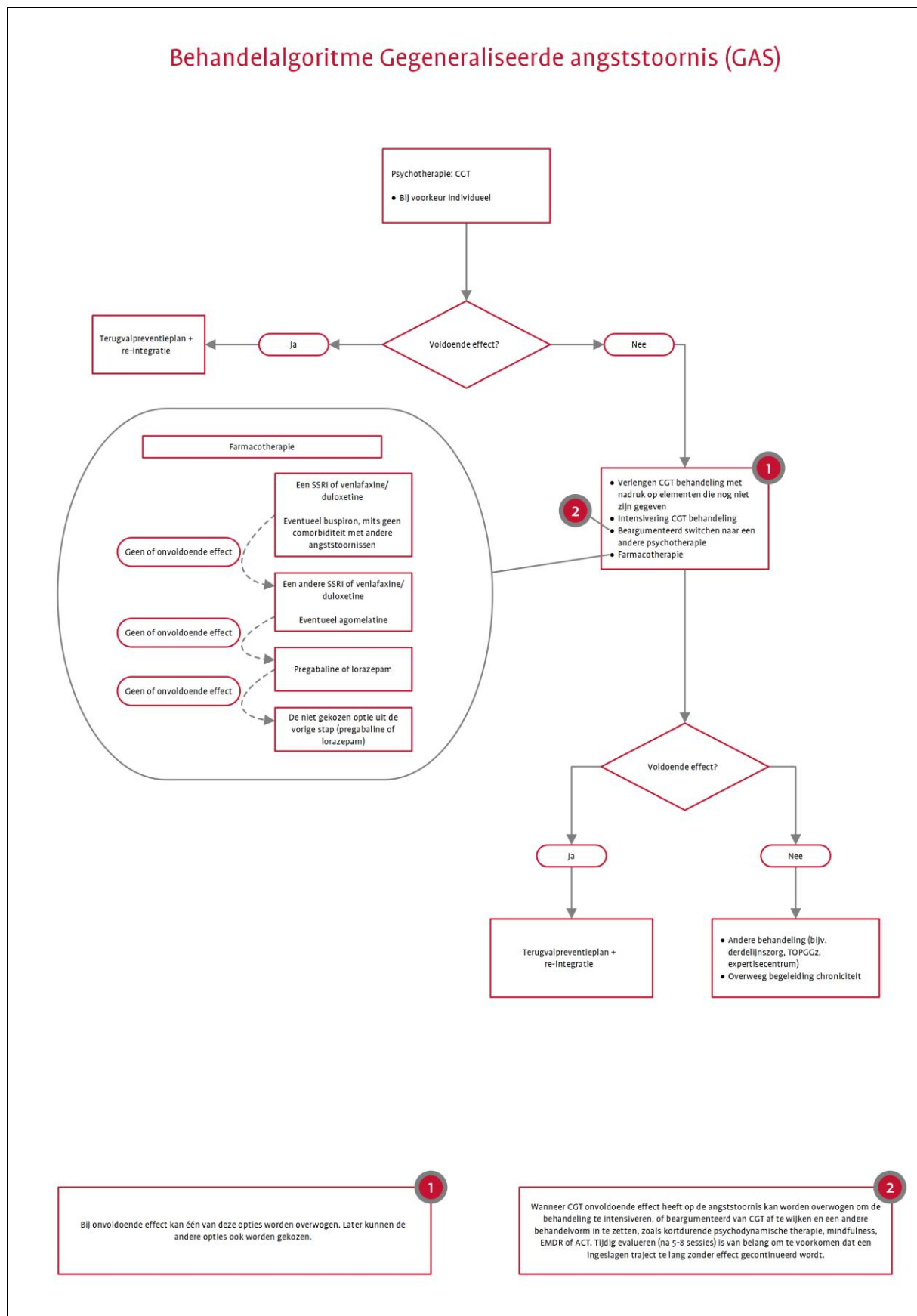


4. Leg toestemming voor een behandeling in het dossier vast. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden vastgelegd.
5. In verband met de ketenzorg is samenwerking (overleg en overdracht) tussen de eerste en tweede lijn zeer belangrijk.
6. Bij non-respons op een ingestelde behandeling wordt geadviseerd diagnostiek te heroverwegen en eventueel een second opinion aan te vragen in een gespecialiseerde instelling (derdelijn, TOP-GGZ, expertisecentrum voor angststoornissen).
7. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen (realistische/evidence based) behandelopties meer zijn, dan wordt de zorg voor de patiënt niet afgesloten maar wordt gekeken wat helpend is bij het verder leven met deze chronische aandoening. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn om het dagelijks functioneren te optimaliseren, vermijding te verminderen en complicaties te voorkomen. Ook onderhoudsbehandeling met die medicatie die eerder de meeste klachtenreductie gaf, is te overwegen evenals jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

### **Algoritme**

1. Er wordt gestart met CGT en met name met ERP. De behandelaar kiest op basis van de klachten van de patiënt uit behandelingen met cognitieve therapie, sociale vaardigheidstraining en taakconcentratietraining.
2. Bij onvoldoende effect kan CGT worden verlengd met een van de nog niet gegeven elementen.
3. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect plaatsvindt, kunnen de volgende opties worden overwogen: intensieve CGT, andere psychotherapie, farmacotherapie.
4. Bij onvoldoende effect kunnen een van de nog niet gegeven opties onder 3 worden overwogen.
5. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect optreedt wordt aangeraden naar een expertisecentrum voor een second opinion of behandeling te verwijzen (derde lijn, TOP-GGZ, Academisch) of de behandeling in de SGGZ te beëindigen en te werken aan herstel.
6. Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt aandacht gegeven aan reïntegratie.
7. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen behandelopties meer zijn, is het advies om begeleiding bij chroniciteit te overwegen. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn, onderhoudsmedicatie en jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

## 13.2 Behandelalgoritme Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)



### 13.2.1 *Begeleidende tekst Behandelalgoritme Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)*

Uit de richtlijnteksten blijkt dat verschillende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen gebruikt kunnen worden bij de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis. In het bijgaande algoritme is de plaats van deze behandelingen bepaald ten opzichte van elkaar.

NB: Bij een recidief gegeneraliseerde angststoornis kan op basis van therapievoorgeschiedenis overwogen worden farmacotherapie-behandelstappen over te slaan.

#### ***Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie***

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de richtlijncommissie besloten de volgende behandelingen in de richtlijn op te nemen:

1. Psychotherapie bestaande uit cognitieve gedragstherapie.
2. Farmacotherapie bestaande uit SSRI's, SNRI's, agomelatine, pregabaline en lorazepam.

#### ***Geselecteerde interventies op basis van consensus***

De richtlijncommissie heeft op basis van consensus besloten de volgende behandelingrediënten in de richtlijn op te nemen:

1. Terugvalpreventie: Na een geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmaca wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval.
2. Wanneer CGT onvoldoende effect heeft op de angststoornis kan worden overwogen om de behandeling te intensiveren, of beargumenteerd van CGT af te wijken en een andere behandelvorm in te zetten, zoals kortdurende psychodynamische therapie, mindfulness, EMDR of ACT. Tijdig evalueren (na 5-8 sessies) is van belang om te voorkomen dat een ingeslagen traject te lang zonder effect gecontinueerd wordt.

Op basis van consensus heeft de richtlijncommissie deze behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een algoritme. In de voorkeursvolgorde is het patiënten-perspectief meegewogen en het gegeven dat CGT op lange termijn effectiever is dan farmacotherapie en dat, vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie, méér patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling. Ook wordt zo overbehandeling voorkómen.

#### ***Uitgangspunten***

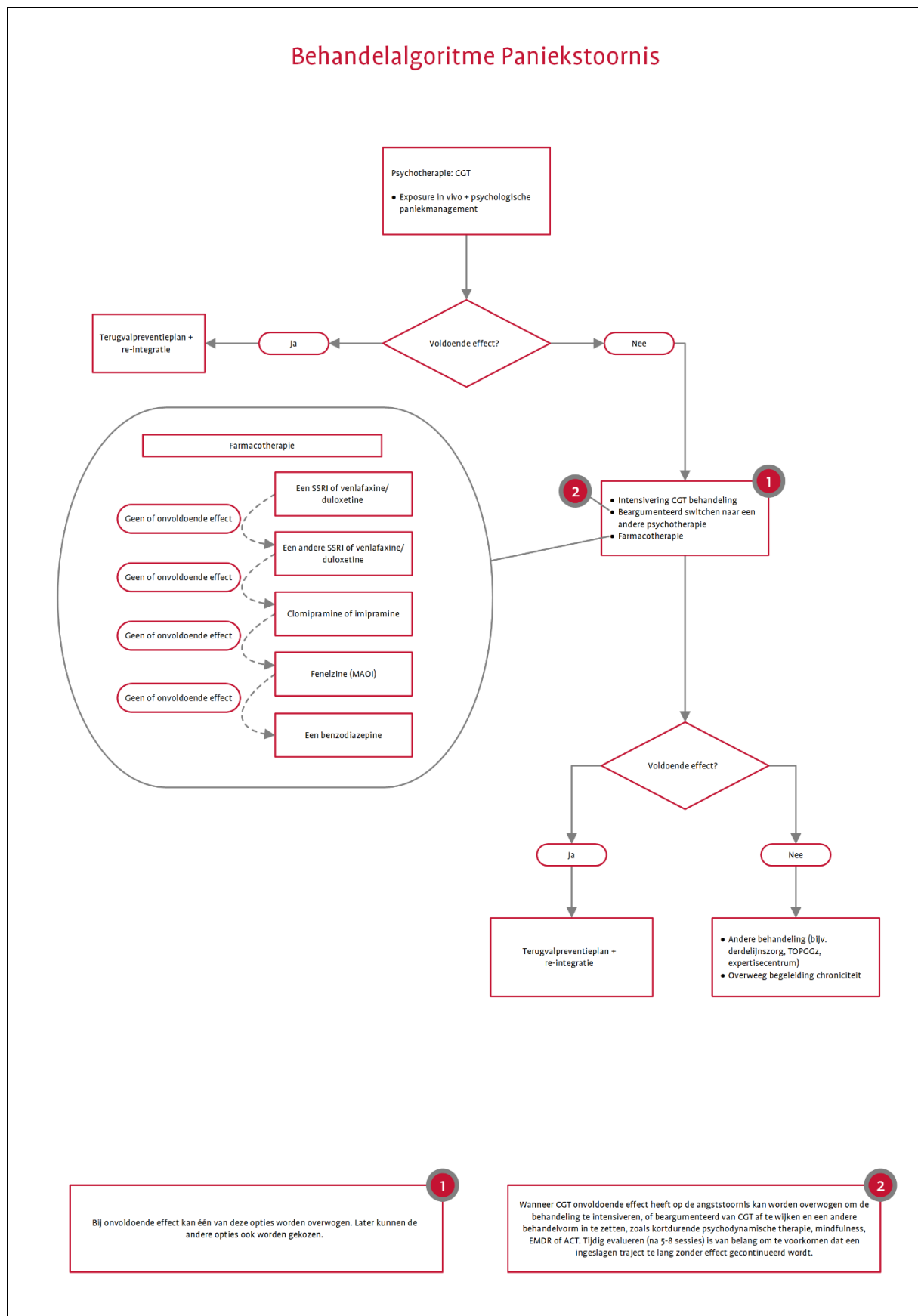
1. Alle beslissingen worden gemaakt in samenspraak met de patiënt. Na psycho-educatie wordt steeds tot een behandeling besloten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt. Indien van toepassing worden bij het kiezen van een behandeling de ervaring en uitkomsten van eerdere behandelingen meegewogen.
2. Altijd krijgt de patiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandel mogelijkheden. De behandelaar kan gebruik maken van websites (<http://www.nedkad.nl/>) en informatiebrochures van de patiëntenverenigingen of de verschillende beroepsgroepen alsook <https://www.thuisarts.nl>. Mits met toestemming van de patiënt wordt ook informatie verstrekt aan diens directe verwanten.
3. Attendeer de patiënt op het bestaan van patiëntenverenigingen, zoals de Angst, Dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl/>).
4. Leg toestemming voor een behandeling in het dossier vast. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden vastgelegd.

5. In verband met de ketenzorg is samenwerking (overleg en overdracht) tussen de eerste en tweede lijn zeer belangrijk.
6. Bij non-respons op een ingestelde behandeling wordt geadviseerd diagnostiek te heroverwegen en eventueel een second opinion aan te vragen in een gespecialiseerde instelling (derdelijn, TOP-GGZ, expertisecentrum voor angststoornissen).
7. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen (realistische/evidence based) behandelopties meer zijn, dan wordt de zorg afgeschaald en wordt gekeken wat helpend is bij het verder leven met deze chronische aandoening. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn om het dagelijks functioneren te optimaliseren, vermijding te verminderen en complicaties te voorkomen. Ook onderhoudsbehandeling met die medicatie die eerder de meeste klachtenreductie gaf, is te overwegen evenals jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

### **Algoritme**

1. Er wordt gestart met CGT.
2. Bij onvoldoende effect kan de behandeling worden verlengd met een van de nog niet gegeven elementen.
3. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect plaatsvindt, kunnen de volgende opties worden overwogen: intensieve CGT, andere psychotherapie, farmacotherapie.
4. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect optreedt wordt aangeraden naar een expertisecentrum voor een second opinion of behandeling te verwijzen (derde lijn, TOP-GGZ, Academisch) of de behandeling in de SGGZ te beëindigen en te werken aan herstel. Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt aandacht gegeven aan re-integratie.
5. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen behandelopties meer zijn, is het advies om begeleiding bij chroniciteit te overwegen. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn, onderhoudsmedicatie en jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

### 13.3 Behandelalgoritme Paniekstoornis



### 13.3.1 Begeleidende tekst Behandelalgoritme Paniekstoornis

Uit de richtlijnteksten blijkt dat verschillende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen gebruikt kunnen worden bij de behandeling van de paniekstoornis. In het bijgaande algoritme is de plaats van deze behandelingen bepaald ten opzichte van elkaar.

NB: Bij een recidief paniekstoornis kan op basis van therapievoorgeschiedenis overwogen worden farmacotherapie-behandelstappen over te slaan.

#### **Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie**

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de richtlijncommissie besloten de volgende behandelingen in de richtlijn op te nemen:

1. Psychotherapie bestaande uit exposure in vivo en psychologische paniekmanagement.
2. Farmacotherapie bestaande uit SSRI's, SNRI's, TCA's, fenelzine en benzodiazepinen.

#### **Geselecteerde interventies op basis van consensus**

De richtlijncommissie heeft op basis van consensus besloten de volgende behandelingrediënten in de richtlijn op te nemen:

1. Terugvalpreventie: Na een geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmaca wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval.
2. Wanneer CGT onvoldoende effect heeft op de angststoornis kan worden overwogen om de behandeling te intensiveren, of beargumenteerd van CGT af te wijken en een andere behandelvorm in te zetten, zoals kortdurende psychodynamische therapie, mindfulness, EMDR of ACT. Tijdig evalueren (na 5-8 sessies) is van belang om te voorkomen dat een ingeslagen traject te lang zonder effect gecontinueerd wordt.

Op basis van consensus heeft de richtlijncommissie deze behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een algoritme. In de voorkeursvolgorde is het patiënten-perspectief meegewogen en het gegeven dat CGT op lange termijn effectiever is dan farmacotherapie en dat, vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie, méér patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling. Ook wordt zo overbehandeling voorkómen.

#### **Uitgangspunten**

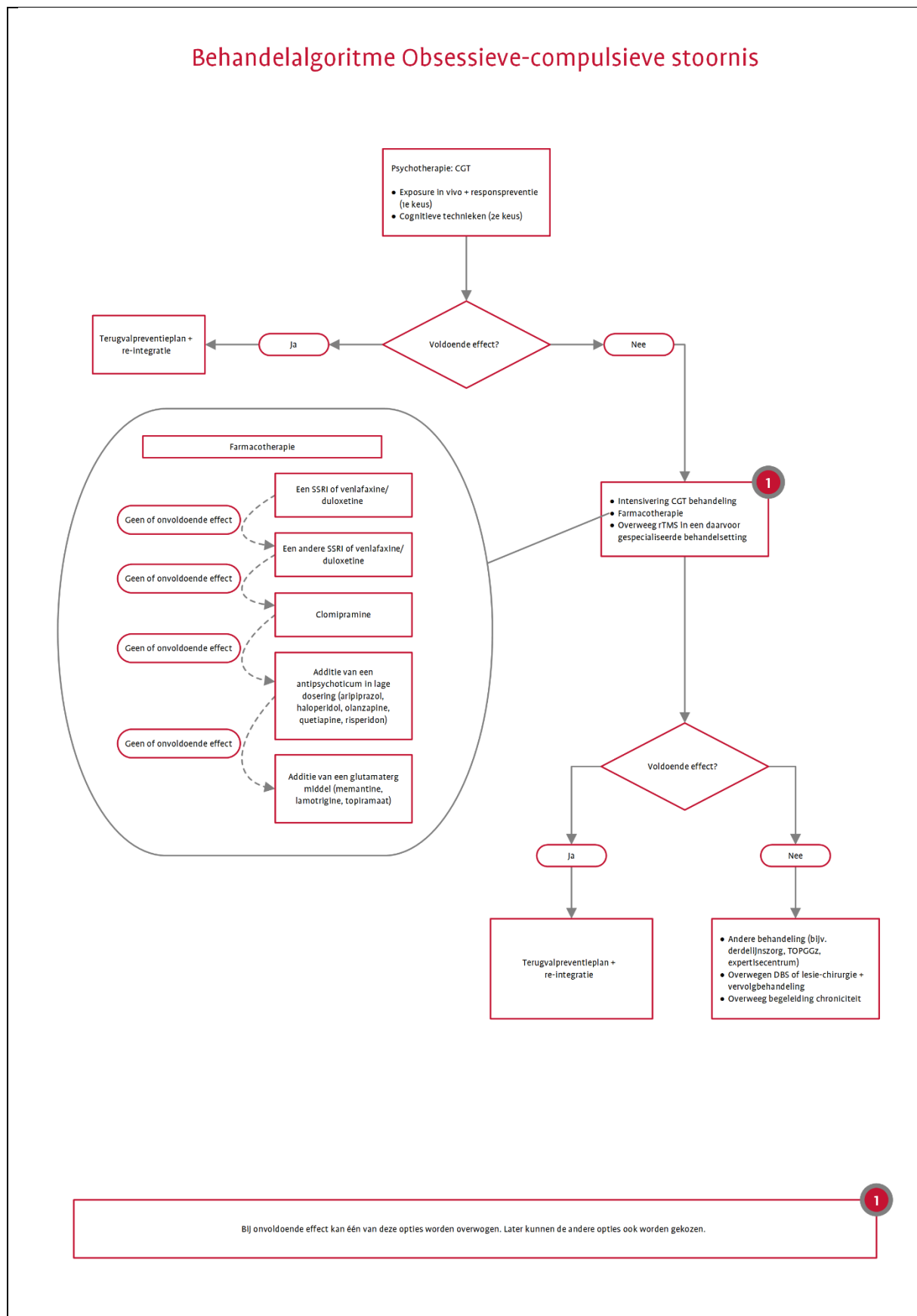
1. Alle beslissingen worden gemaakt in samenspraak met de patiënt. Na psycho-educatie wordt steeds tot een behandeling besloten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt. Indien van toepassing worden bij het kiezen van een behandeling de ervaring en uitkomsten van eerdere behandelingen meegewogen.
2. Altijd krijgt de patiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandelmogelijkheden. De behandelaar kan gebruik maken van websites (<http://www.nedkad.nl/>) en informatiebrochures van de patiëntenverenigingen of de verschillende beroepsgroepen alsook <https://www.thuisarts.nl>. Mits met toestemming van de patiënt wordt ook informatie verstrekt aan diens directe verwanten.
3. Attendeer de patiënt op het bestaan van patiëntenverenigingen, zoals de Angst, Dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl/>).
4. Leg toestemming voor een behandeling in het dossier vast. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden vastgelegd.

5. In verband met de ketenzorg is samenwerking (overleg en overdracht) tussen de eerste en tweede lijn zeer belangrijk.
6. Bij non-respons op een ingestelde behandeling wordt geadviseerd diagnostiek te heroverwegen en eventueel een second opinion aan te vragen in een gespecialiseerde instelling (derdelijn, TOP-GGZ, expertisecentrum voor angststoornissen).
7. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen (realistische/evidence based) behandelopties meer zijn, dan wordt de zorg afgeschaald en wordt gekeken wat helpend is bij het verder leven met deze chronische aandoening. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn om het dagelijks functioneren te optimaliseren, vermijding te verminderen en complicaties te voorkomen. Ook onderhoudsbehandeling met die medicatie die eerder de meeste klachtenreductie gaf, is te overwegen evenals jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

### **Algoritme**

1. Er wordt gestart met CGT bestaande uit exposure in vivo en psychologische paniekmanagement.
2. Wanneer er onvoldoende effect plaatsvindt, kunnen de volgende opties worden overwogen: intensieve CGT, andere psychotherapie, farmacotherapie.
3. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect optreedt wordt aangeraden naar een expertisecentrum voor een second opinion of behandeling te verwijzen (derde lijn, TOP-GGZ, Academisch) of de behandeling in de SGGZ te beëindigen en te werken aan herstel. Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt aandacht gegeven aan reïntegratie.
4. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen behandelopties meer zijn, is het advies om begeleiding bij chroniciteit te overwegen. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn, onderhoudsmedicatie en jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

## 13.4 Behandelalgoritme Obsessieve-compulsieve stoornis





### 13.4.1 Begeleidende tekst Behandelalgoritme Obsessieve-compulsieve stoornis

Uit de richtlijnteksten blijkt dat verschillende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen gebruikt kunnen worden bij de behandeling van de obsessieve-compulsieve stoornis. In het bijgaande algoritme is de plaats van deze behandelingen bepaald ten opzichte van elkaar.

NB: Bij een recidief OCS kan op basis van therapievoorgeschiedenis overwogen worden farmacotherapiebehandelstappen over te slaan.

#### **Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie**

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de richtlijncommissie besloten de volgende behandelingen in de richtlijn op te nemen:

1. Psychotherapie bestaande uit exposure in vivo met responspreventie (ERP) en cognitieve therapie (CT), hier cognitieve gedragstherapie genaamd (CGT).
2. Farmacotherapie bestaande uit antidepressiva (SSRI's, venlafaxine, duloxetine en clomipramine) en additie met antipsychotica, glutamaterge medicatie.
3. Neuromodulatie: Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (r-TMS), Deep Brain Stimulation (DBS), lesie-chirurgie.

#### **Geselecteerde interventies op basis van consensus**

De richtlijncommissie heeft op basis van consensus besloten de volgende behandelingrediënten in de richtlijn op te nemen:

1. Terugvalpreventie: Na een geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmaca wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval.
2. Intensiveren CGT: Na een niet effectieve behandeling met reguliere CGT kan CGT geïntensiveerd worden aangeboden.

Op basis van consensus heeft de richtlijncommissie deze behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een algoritme. In de voorkeursvolgorde is het patiënten-perspectief meegewogen en het gegeven dat CGT op lange termijn effectiever is dan farmacotherapie en dat, vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie, méér patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling. Ook wordt zo overbehandeling voorkómen.

Neuromodulatie met r-TMS is geplaatst na een eerste behandeling met CGT zonder voldoende effect, en eventueel na een eerste of meerdere behandeling(en) met medicatie. Neuromodulatie met DBS en lesie-chirurgie zijn geplaatst na behandelingen met CGT en farmacotherapie vanwege de mate van invasiviteit.

#### **Uitgangspunten**

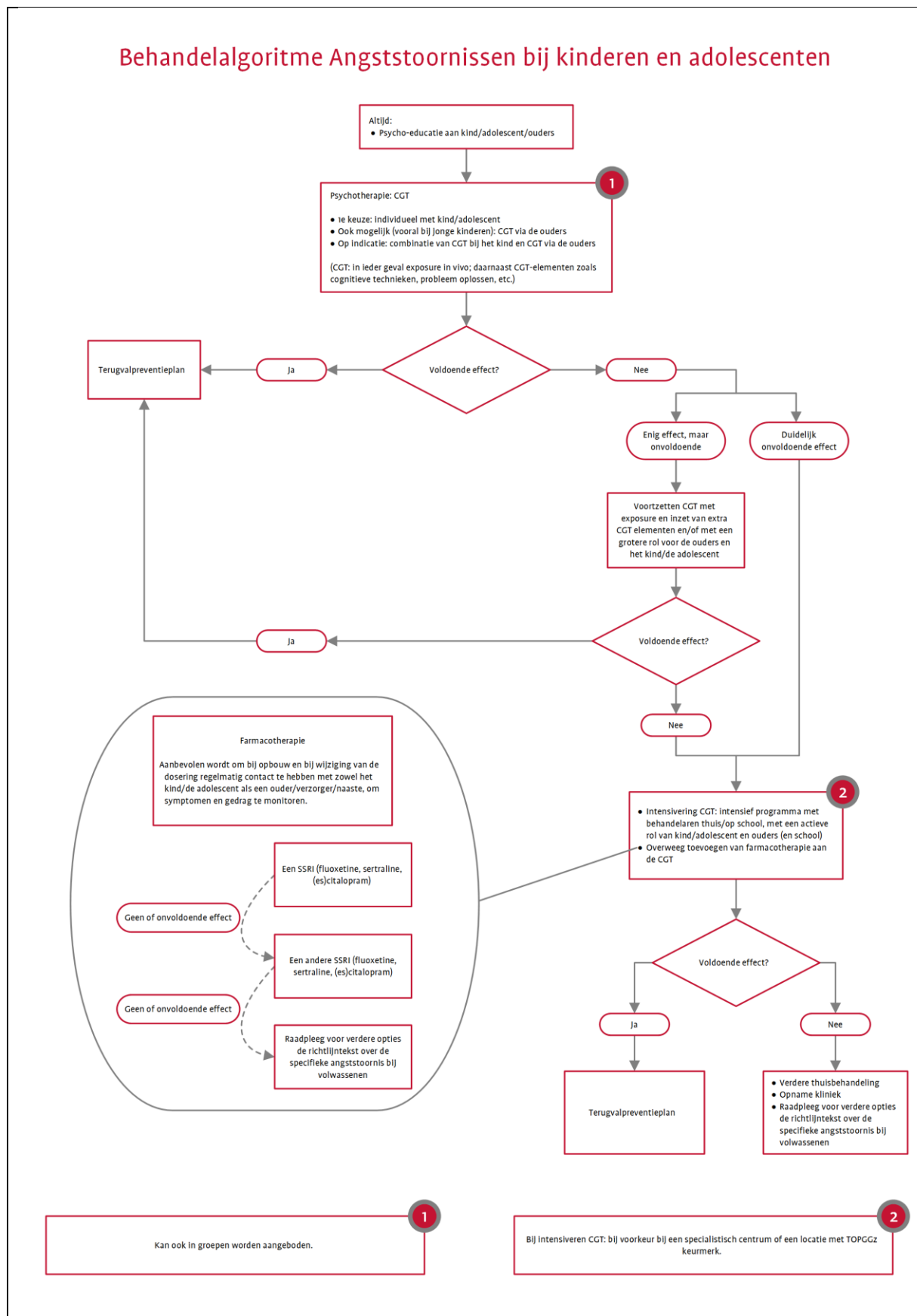
1. Alle beslissingen worden gemaakt in samenspraak met de patiënt. Na psycho-educatie wordt steeds tot een behandeling besloten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt. Indien van toepassing worden bij het kiezen van een behandeling de ervaring en uitkomsten van eerdere behandelingen meegewogen.
2. Altijd krijgt de patiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandelmogelijkheden. De behandelaar kan gebruik maken van websites (<http://www.nedkad.nl/>), en informatiebrochures van de patiëntenverenigingen of de verschillende beroepsgroepen alsook <https://www.thuisarts.nl>. Mits met toestemming van de patiënt wordt ook informatie verstrekt aan diens directe verwanten.

3. Attendeer de patiënt op het bestaan van patiëntenverenigingen, zoals de Angst, Dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl/>) en het landelijke OCD-netwerk (<https://www.ocdnet.nl>).
4. Leg toestemming voor een behandeling in het dossier vast. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden vastgelegd.
5. In verband met de ketenzorg is samenwerking (overleg en overdracht) tussen de eerste en tweede lijn zeer belangrijk.
6. Gezien de ernst van de aandoening en de benodigde specialistische kennis en vaardigheden voor de behandeling is het advies om de behandeling van OCS primair in de tweede (en zo nodig derde) lijn te laten plaats vinden.
7. Bij non-respons op een ingestelde behandeling wordt geadviseerd diagnostiek te heroverwegen en eventueel een second opinion aan te vragen in een gespecialiseerde instelling (derdelijn, TOP-GGZ, expertisecentrum voor OCS).
8. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen (realistische/evidence based) behandelopties meer zijn, dan wordt de zorg voor de patiënt niet afgesloten maar wordt gekeken wat helpend is bij het verder leven met deze chronische aandoening. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn om het dagelijks functioneren te optimaliseren, vermijding te verminderen en complicaties te voorkomen. Ook onderhoudsbehandeling met die medicatie die eerder de meeste klachtenreductie gaf, is te overwegen evenals jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

#### **Algoritme**

1. Er wordt gestart met CGT. De eerste keus is ERP. Bij onvoldoende effect kan de behandeling worden verlengd met CT.
2. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect plaatsvindt, kunnen de volgende opties worden overwogen: intensieve CGT, farmacotherapie, r-TMS.
3. Bij onvoldoende effect kunnen een van de nog niet gegeven opties worden overwogen, zoals: verwijzing naar een expertisecentrum voor een second opinion of behandeling (derde lijn, TOP-GGZ, Academisch), verwijzing voor Deep Brain Stimulation (DBS) of lesie-chirurgie met vervolgbehandeling en het beëindigen van de SGGZ behandeling en te werken aan herstel.
4. Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt aandacht gegeven aan reïntegratie.
5. Indien de verschillende behandelingen niet geleid hebben tot voldoende herstel en er geen behandelopties meer zijn, is het advies om begeleiding bij chroniciteit te overwegen. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding vanuit de eerste of tweede lijn, onderhoudsmedicatie en jaarlijkse evaluatie door een psychiater of psycholoog.

## 13.5 Behandelalgoritme Angststoornissen bij kinderen en adolescenten



### 13.5.1 Begeleidende tekst Behandelalgoritme Angststoornissen – kinderen en adolescenten

Uit de richtlijnteksten blijkt dat verschillende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen gebruikt kunnen worden bij de behandeling van angststoornissen en de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten. In het bijgaande algoritme is de plaats van deze behandelingen bepaald ten opzichte van elkaar.

#### **Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie**

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de richtlijncommissie besloten de volgende behandelingen in de richtlijn op te nemen:

1. Cognitieve gedragstherapie, bestaande uit exposure in vivo vaak gecombineerd met elementen als cognitieve technieken, probleem oplossen, ontspannen, belonen en modeling
2. Cognitieve gedragstherapie die via de ouders wordt gegeven.
3. Farmacotherapie bestaande uit SSRI's, namelijk sertraline, fluoxetine of (es)citalopram

#### **Geselecteerde interventies op basis van consensus**

De richtlijncommissie heeft op basis van consensus besloten de volgende behandelingrediënten in de richtlijn op te nemen:

1. Terugvalpreventie: Na een geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmaca wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval.
2. Intensiveren CGT: Na een niet effectieve behandeling met reguliere CGT kan CGT geïntensiveerd worden aangeboden.

Op basis van consensus heeft de richtlijncommissie deze behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een algoritme. In de voorkeursvolgorde is het patiënten-perspectief meegewogen en het gegeven dat CGT op lange termijn effectiever is dan farmacotherapie. Bij het voorschrijven van medicatie wordt rekening gehouden met de registratie voor kinderen (geen psychofarmakon is geregistreerd voor angststoornissen bij kinderen; sertraline en clomipramine zijn geregistreerd voor de behandeling van kinderen met OCS, fluoxetine voor depressie bij kinderen) en conform de richtlijnen off-label voorschrijven gehandeld.

Ook wordt meegewogen dat, vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie, méér (volwassen) patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling. De commissie veronderstelt dat dit ook bij minderjarigen het geval zal zijn. Bij de keuze van psychofarmakon heeft de commissie de registratie bij kinderen en adolescenten meegewogen.

#### **Uitgangspunten**

1. Er is bij wet geregeld wie beslist over behandeling en het verstrekken van informatie bij minderjarigen: ouders/verzorgers tot 12 jaar, ouders/verzorgers en kind samen van 12-16 jaar, en adolescenten zelf vanaf 16 jaar. Bij onderstaande adviezen geldt dit als kader.
2. Alle beslissingen worden gemaakt in overleg met het kind of de adolescent en de ouder/verzorger. Na psycho-educatie wordt steeds tot een behandeling besloten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt (en de ouders/verzorgers). Indien van toepassing worden bij het kiezen van een behandeling de ervaring en uitkomsten van eerdere behandelingen meegewogen.
3. Altijd krijgen het kind of de adolescent en de ouders/verzorgers mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandel mogelijkheden. De behandelaar kan gebruik maken van websites zoals <https://kenniscentrum-kjp.nl/> (informatie voor professionals en

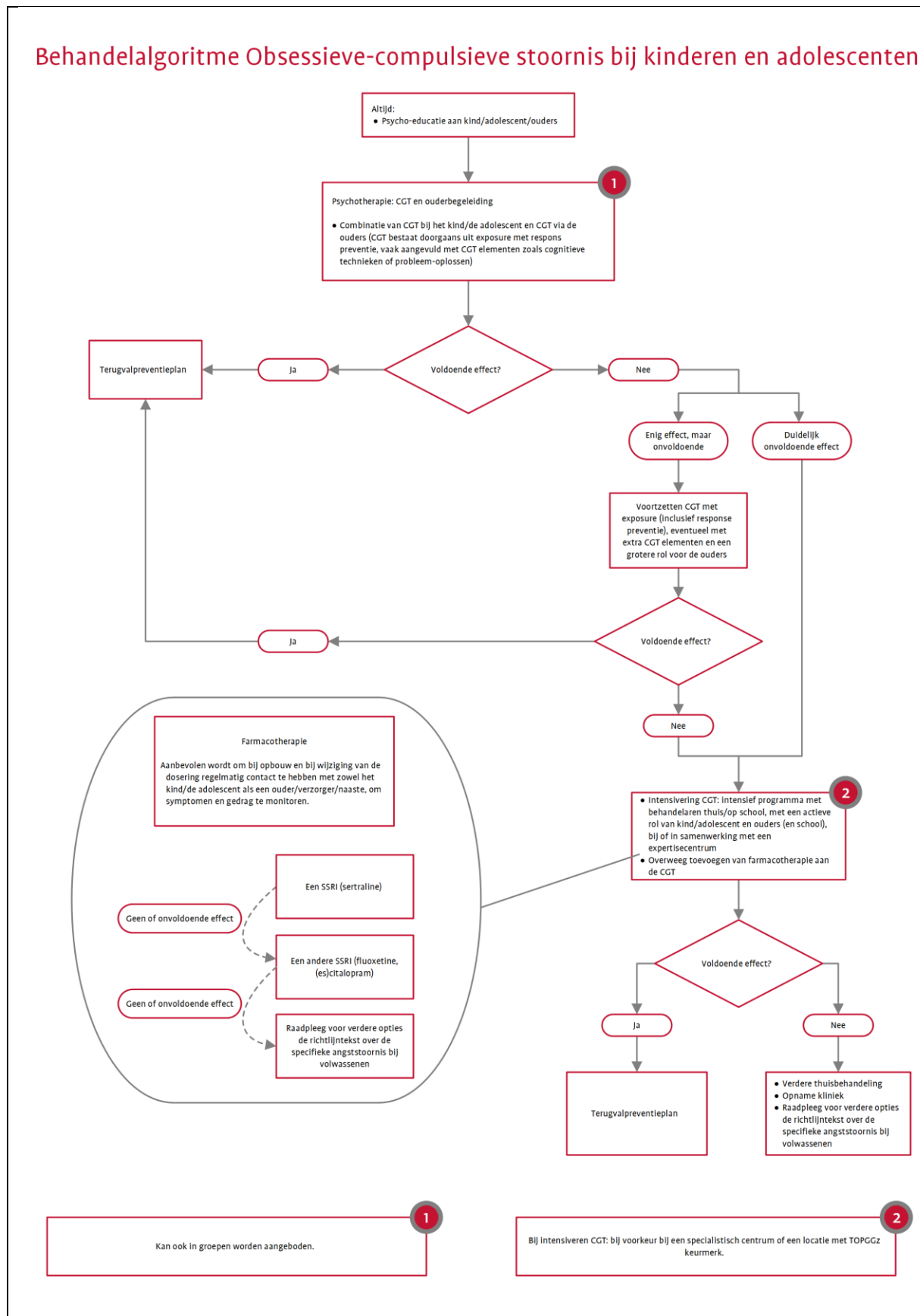
- ouders) of <https://www.brainwiki.nl> (informatie voor kinderen en adolescenten). Mits met toestemming van het kind of de adolescent en ouders wordt informatie verstrekt aan anderen.
4. Attendeer kinderen en adolescenten en hun ouders op het bestaan van patiëntenverenigingen, zoals de Angst, Dwang en Fobie stichting (<https://www.adfstichting.nl>).
  5. Leg toestemming voor een behandeling in het dossier vast. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden vastgelegd.
  6. In verband met de ketenzorg is samenwerking (overleg en overdracht) tussen de eerste en tweede lijn zeer belangrijk, evenals samenwerking tussen instellingen voor jeugd en voor volwassenen.
  7. Bij non-respons op een ingestelde behandeling wordt geadviseerd diagnostiek te heroverwegen en eventueel een second opinion aan te vragen in een gespecialiseerde instelling (derdelijn, TOP-GGZ, expertisecentrum voor OCS).
  8. Bij kinderen en adolescenten is rekening gehouden met de registratie voor het middel (zie boven).
  9. Indien de verschillende genoemde behandelingen voor adolescenten niet geleid hebben tot voldoende herstel ondanks zorgvuldige toepassing ervan, wordt aangeraden om de behandelrichtlijn voor volwassenen te raadplegen. Hierin worden per specifieke angststoornis andere behandelopties genoemd (zoals andere psychotherapeutische en (off label) medicamenteuze opties en neurostimulatie, zie richtlijn; Deep Brain Stimulation (DBS) onder de 18 jaar wordt niet gegeven).

### **Algoritme**

1. Er wordt gestart met psycho-educatie voor het kind of de adolescent en de ouders / verzorgers.
2. Hierna is de behandeling van eerste keus CGT met exposure in vivo. Andere behandelelementen zijn vaak: cognitieve technieken, ontspannen, probleemoplossen, belonen, modeling. Ouders krijgen altijd psycho-educatie en denken mee over exposure-oefeningen.
3. CGT kan ook via ouders worden gegeven, vooral bij jongere kinderen.
4. Op indicatie kan CGT zowel ingezet worden op het kind of de adolescent als op de ouders / verzorgers.
5. De CGT behandelingen kunnen ook in groepsvorm worden aangeboden.
6. Bij enig maar onvoldoende effect kan CGT worden verlengd, bijvoorbeeld met een van de nog niet gegeven CGT-elementen of door meer in te zetten op een actieve rol zowel kind of de adolescent, ouders als (indien relevant) school.
7. Bij onvoldoende effect wordt aangeraden om de CGT behandeling te intensiveren door (ook) met een behandelaar thuis of op school te oefenen, bij voorkeur bij of in samenwerking met een expertisecentrum. Ook wordt aangeraden in deze fase het toevoegen van farmacotherapie te overwegen en te bespreken.
8. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect optreedt kan een van de andere opties van stap 7 worden ingezet. Tevens wordt aangeraden naar een expertisecentrum voor een second opinion of behandeling te verwijzen (derde lijn, TOP-GGZ, Academisch).
9. Bij onvoldoende herstel kan (dag)opname in een kliniek worden overwogen. Ook kan de richtlijntekst over de specifieke angststoornis bij volwassenen worden geraadpleegd, waar additionele opties worden besproken op het gebied van bijvoorbeeld psychotherapie, medicatie en neuromodulatie.
10. Bij herstel wordt een terugvalpreventie interventie gegeven.

## 13.6 Behandelalgoritme Obsessieve-compulsieve stoornis bij kinderen en adolescenten

### Behandelalgoritme Obsessieve-compulsieve stoornis bij kinderen en adolescenten



### 13.6.1 Begeleidende tekst Behandelalgoritme Obsessieve-compulsieve stoornis – kinderen en adolescenten

Uit de richtlijnteksten blijkt dat verschillende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen gebruikt kunnen worden bij de behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten. In het bijgaande algoritme is de plaats van deze behandelingen bepaald ten opzichte van elkaar.

#### **Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie**

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de richtlijncommissie besloten de volgende behandelingen in de richtlijn op te nemen:

1. Cognitieve gedragstherapie in combinatie met ouderbegeleiding. CGT bestaat uit exposure in vivo met respons preventie, vaak gecombineerd met elementen als cognitieve technieken en probleem oplossen.
2. Farmacotherapie bestaande uit de SSRI sertraline , fluoxetine of (es)citalopram

#### **Geselecteerde interventies op basis van consensus**

De richtlijncommissie heeft op basis van consensus besloten de volgende behandelingrediënten in de richtlijn op te nemen:

1. Terugvalpreventie: Na een geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmaca wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval.
2. Intensiveren CGT: Na een niet-effectieve behandeling met reguliere CGT kan CGT geïntensiveerd worden aangeboden.

Op basis van consensus heeft de richtlijncommissie deze behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een algoritme. In de voorkeursvolgorde is het patiënten-perspectief meegewogen en het gegeven dat CGT op lange termijn effectiever is dan farmacotherapie. Ook wordt meegewogen dat, vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie, méér (volwassen) patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling. De commissie veronderstelt dat dit ook bij minderjarigen het geval zal zijn. Bij de keuze van psychofarmacon heeft de commissie de registratie bij kinderen en adolescenten meegewogen.

#### **Uitgangspunten**

1. Er is bij wet geregeld wie beslist over behandeling en het verstrekken van informatie bij minderjarigen: ouders/verzorgers tot 12 jaar, ouders/verzorgers en kind samen van 12-16 jaar, en adolescenten zelf vanaf 16 jaar. Bij onderstaande adviezen geldt dit als kader.
2. Alle beslissingen worden gemaakt in overleg met het kind / de adolescent en de ouder/verzorger. Na psycho-educatie wordt steeds tot een behandeling besloten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt (en de ouders/verzorgers). Indien van toepassing worden bij het kiezen van een behandeling de ervaring en uitkomsten van eerdere behandelingen meegewogen.
3. Altijd krijgen het kind of de adolescent en de ouders/verzorgers mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandel mogelijkheden. De behandelaar kan gebruik maken van websites zoals <https://kenniscentrum-kjp.nl/> (informatie voor professionals en ouders) of [www.brainwiki.nl](http://www.brainwiki.nl) (informatie voor kinderen en adolescenten). Alleen met toestemming van het kind of de adolescent en ouders wordt informatie verstrekt aan anderen.
4. Attendeer kinderen, adolescenten en ouders op het bestaan van patiëntenverenigingen, zoals de Angst, Dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl/>).

5. Leg toestemming voor een behandeling in het dossier vast. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden vastgelegd.
6. In verband met de ketenzorg is samenwerking (overleg en overdracht) tussen de eerste en tweede lijn zeer belangrijk, evenals samenwerking tussen instellingen voor jeugd en voor volwassenen.
7. Bij non-respons op een ingestelde behandeling wordt geadviseerd diagnostiek te heroverwegen en eventueel een second opinion aan te vragen in een gespecialiseerde instelling (derdelijn, TOP-GGZ, expertisecentrum voor OCS).
8. Bij kinderen en adolescenten is rekening gehouden met de registratie voor het middel (zie boven)
9. Indien de verschillende genoemde behandelingen voor adolescenten niet geleid hebben tot voldoende herstel ondanks zorgvuldige toepassing ervan, wordt aangeraden om de behandelrichtlijn voor volwassenen te raadplegen. Hierin worden per specifieke angststoornis andere behandelopties genoemd (zoals andere psychotherapeutische en (off label) medicamenteuze opties en neurostimulatie (geen deep brain stimulatie (DBS) onder de 18 jaar, zie richtlijn).

### **Algoritme**

1. Er wordt gestart met psycho-educatie voor het kind/ de adolescent en de ouders / verzorgers.
2. Hierna is de behandeling van eerste keus CGT met exposure in vivo met respons preventie. Andere behandelelementen zijn vaak: cognitieve technieken, ontspannen, probleemoplossen, belonen, modeling. Ouders krijgen altijd psycho-educatie en denken mee over exposure-oefeningen. Ze krijgen ouderbegeleiding in het omgaan met de dwang van hun kind.
3. De CGT behandelingen kunnen ook in groepsvorm worden aangeboden.
4. Bij enig maar onvoldoende effect kan CGT worden verlengd, bijvoorbeeld met een van de nog niet gegeven CGT-elementen of door meer in te zetten op een actieve rol zowel kind/adolescent, ouders als (indien relevant) school.
5. Bij onvoldoende effect wordt aangeraden om de CGT behandeling te intensiveren door (ook) met een behandelaar thuis of op school te oefenen, bij voorkeur bij of in samenwerking met een expertisecentrum. Ook wordt aangeraden in deze fase het toevoegen van farmacotherapie te overwegen en te bespreken.
6. Bij het voorschrijven van medicatie wordt rekening gehouden met de registratie voor kinderen (alleen sertraline en clomipramine zijn geregistreerd voor de behandeling van kinderen met OCS) en bij off-label voorschrijven daarnaar gehandeld. Voor depressie bij adolescenten is fluoxetine geregistreerd.
7. Wanneer er opnieuw onvoldoende effect optreedt kan een van de andere opties van stap 5 worden ingezet. Tevens wordt aangeraden naar een expertisecentrum voor een second opinion of behandeling te verwijzen (derde lijn, TOP-GGZ, Academisch).
8. Bij onvoldoende herstel kan (dag)opname in een kliniek worden overwogen. Ook kan de richtlijntekst over de dwangstoornis bij volwassenen worden geraadpleegd, waar additionele opties worden besproken op het gebied van bijvoorbeeld psychotherapie, medicatie en neuromodulatie.
9. Bij herstel wordt een terugvalpreventie interventie gegeven.