

Voorlichting

De gegeneraliseerde angststoornis Informatie voor cliënten

Colin van der Heiden* , Gerda Methorst** , Henk van der Molen*** , Peter Muris****
Psychopraxis jaargang 10, nummer 4 (augustus 2008) p. 174-177

Inhoud

- Wat is een gegeneraliseerde angststoornis?
- Is je zorgen maken dan slecht?
- Hoe ontstaat een gegeneraliseerde angststoornis?
- Is er wat aan te doen?
- Tot slot

De gegeneraliseerde angststoornis is een 'piekerstoornis', waarbij mensen zich over van alles en nog wat zorgen maken. De stoornis komt vaak voor. Naar schatting krijgt ruim 5% van de mensen er in de loop van hun leven last van. Helaas wordt de diagnose nog vaak 'gemist'. De klachten worden regelmatig als lichamelijk probleem behandeld. Dit komt doordat veel mensen die aan deze stoornis lijden naar de huisarts gaan vanwege nervositeit, vermoeidheid of slaapproblemen. Hier gaan we in op wat een gegeneraliseerde angststoornis is, hoe deze ontstaat en hoe deze te verhelpen is.

Wat is een gegeneraliseerde angststoornis?

Bij u is na de intakeprocedure de diagnose 'gegeneraliseerde angststoornis' gesteld. Om deze diagnose te krijgen moet u volgens het officiële handboek van psychiaters en psychologen, het Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV) de volgende klachten hebben:

- U bent vaak angstig, u maakt u overal zorgen over en u hebt vaak bange voorgevoelens.
- De angst en bezorgdheid gaan over verschillende onderwerpen: nu eens uw gezondheid, dan de kans dat uzelf of een geliefd iemand een ongeluk of ziekte krijgt en dan weer uw werk.
- U hebt er moeite mee die zorgen de baas te blijven. Het lukt u vaak niet het piekeren te stoppen.
- Behalve uw angstige gespannenheid en voortdurende ongerustheid hebt u last van minstens drie van de volgende symptomen:
 1. u voelt zich rusteloos, opgejaagd of geïrriteerd;
 2. u wordt snel moe;
 3. u kunt zich moeilijk concentreren of heeft moeite u dingen te herinneren;
 4. u bent prikkelbaar;
 5. uw spieren zijn voortdurend gespannen;
 6. u hebt moeite om in slaap te vallen, wordt vaak wakker of rust niet uit van het slapen.

Deze klachten zijn minstens een halfjaar aanwezig, maar komen vaak al vanaf de jeugd voor, en ze verstoren uw dagelijks leven. De angst en ongerustheid houden geen verband met het gebruik van middelen of medicijnen, met een medische aandoening of met een andere psychiatrische stoornis (zoals een depressie of een fobie).

Is je zorgen maken dan slecht?

Nee, dat hoeft helemaal niet. In ieders leven doen zich nu eenmaal risico's en gevaren voor. Zich daar zorgen over maken heeft ook goede kanten. U probeert oplossingen te zoeken of onderneemt acties om de kans kleiner te maken dat de gevreesde situaties ook echt optreden. Door 'normale' zorgelijkheid bereidt u zich goed voor op examens, koopt u niet impulsief een te duur huis, kijkt u zowel naar links als naar rechts voordat u de straat oversteekt en vult u uw belastingaangifte op tijd in. Niets mis mee dus.

Bij de gegeneraliseerde angststoornis gaat het niet meer over 'normale' zorgelijkheid. Vaak zonder duidelijk gevaar voelt u zich angstig, gespannen en nerveus. U piekert eindeloos over wat er allemaal met uzelf of voor u belangrijke anderen als uw partner, kinderen of ouders zou kunnen gebeuren. Hierover kunt u nachten wakker liggen, terwijl anderen zich helemaal geen zorgen over die situaties lijken te maken. Is het ene gevreesde probleem voorbij, dan dient het volgende probleem om over te piekeren zich als vanzelf aan. Ziet u een tv-programma over een legionellabesmetting in een verzorgingshuis, dan vreest u dat uw ouders ook besmet zullen

raken. Uit bezorgdheid belt u hen geregeld op om te vragen hoe het met ze gaat. Misschien adviseert u hen zelfs wel toch maar eens naar de dokter te gaan. Krijgt u een belangrijke taak op uw werk, dan ligt u wakker van de vraag of u die wel aankunt. U wordt steeds banger een fout te maken, want dat zal leiden tot ontslag en misschien wel faillissement van uw werkgever. Hoort u van de buurvrouw dat de dochter van haar zus een verkeersongeluk heeft gehad, dan zit u elke dag in spanning of uw kinderen wel veilig thuis zullen komen. Als u de kans krijgt, belt u even naar school om te vragen of ze goed aangekomen zijn, of u drukt ze op het hart even mobiel te bellen als ze zijn aangekomen. En zo is er telkens wel weer iets om over te piekeren. U wilt het piekeren graag stoppen, maar dat lukt meestal niet. Soms vindt u afleiding, bijvoorbeeld door te sporten of naar een spannende film te kijken, maar zodra u tot rust komt dringen de gedachten zich weer op. Waar de 'normale' zorgen leiden tot het zoeken van oplossingen en uitvoeren van helpende activiteiten, leidt het gepieker bij een gegeneraliseerde angststoornis er juist toe dat u niet meer goed kunt nadenken over oplossingen en niet meer doelmatig met problemen kunt omgaan. Het piekeren werkt dus averechts: u kunt bijvoorbeeld door het gepieker juist niet meer studeren voor het examen, omdat uw concentratie verstoord raakt of omdat u te moe bent van het gepieker. Hierdoor gaan dingen soms juist fout, wat weer tot nieuwe zorgen kan leiden. Op die manier komt u in een vicieuze cirkel terecht.

Hoe ontstaat een gegeneraliseerde angststoornis?

Mensen bij wie een gegeneraliseerde angststoornis gediagnosticeerd wordt, geven vaak aan 'eigenlijk al hun hele leven zorgelijk te zijn geweest'. Ze waren als kind al nerveus en angstig. Geleidelijk is het piekeren toegenomen en uiteindelijk merken mensen dat het steeds moeilijker is de zorgen en ongerustheid in de hand te houden.

Voordat we op mogelijke oorzaken ingaan, willen we benadrukken dat het voor het aanpakken van het piekeren niet per se noodzakelijk is precies te weten wat de oorzaak is. Het is veel belangrijker er goed mee om te leren gaan dan langdurig te blijven zoeken naar de oorzaak.

Een eerste oorzakelijke factor is erfelijkheid. Voor angststoornissen is inmiddels duidelijk aangetoond dat erfelijkheid een rol kan spelen. Mogelijk hebt u een familielid dat ook altijd zorgelijk is (geweest). Een tweede factor zijn jeugdervaringen, zoals opvoeding. Was uw vader of moeder ook zorgelijk, dan hebt u zijn/haar denkstijl als het ware overgenomen. Wezen uw ouders u altijd op de gevaarlijke kanten van zaken, dan bent u misschien ook overgevoelig geworden voor mogelijke gevaren.

Ook kan het zijn dat uzelf een verband heeft gelegd tussen u zorgen maken en de positieve afloop van (een) gevreesde gebeurtenis(sen). Maakte u zich veel zorgen over het niet halen van een examen, dan kan het zijn dat u het toch halen ervan juist aan het piekeren toeschreef: 'door te piekeren was ik in elk geval goed voorbereid bereid' of 'door het gepieker heb ik aan alles gedacht en daardoor ben ik niet gezakt'. Deze positieve gedachten over het piekeren zelf noemen we 'metacognities'. Letterlijk betekent dat: 'gedachten over gedachten'.

Door deze positieve metacognities wordt het piekeren een helpende strategie om met gevreesde problemen om te gaan. Dit heeft tot gevolg dat u piekeren steeds vaker als helpende strategie bent gaan gebruiken. Door te piekeren bent u per slot van rekening goed voorbereid.

In de loop van de tijd kan het piekeren echter uit de hand zijn gelopen. Bijvoorbeeld doordat u in korte tijd verschillende vervelende gebeurtenissen hebt meegemaakt, waardoor u te veel dingen had om over te piekeren. U wordt min of meer overspoeld door het piekeren en pogingen het piekeren te stoppen mislukken. Ook kan het zijn dat een familielid dat ook veel piekert plots iets gaat mankeren (bijvoorbeeld een hartinfarct of een depressie). U kunt dan een verband leggen tussen het piekeren en het hartinfarct of de depressie, waardoor u het piekeren ineens niet meer (alleen) als helpend ziet, maar ook als bedreigend. Ook het niet kunnen stoppen van het piekeren kan leiden tot nieuwe zorgen: 'piekeren is onbeheersbaar, straks krijg ik er wat van' of 'straks kom ik er niet meer uit en word ik gek van het piekeren'. De negatieve gedachten over het piekeren worden 'negatieve metacognities' genoemd. Door de negatieve metacognities wordt het piekeren zelf als bedreigend gezien, waar het vroeger misschien als helpend werd gezien. Dit leidt tot toenemende pogingen het piekeren te stoppen. Als dat niet lukt wordt dat opgevat als bevestiging van de negatieve metacognities ('zie je wel, ik heb echt geen controle over mijn gedachten meer'). Dit kan de angst nog erger maken. Op die manier ontstaan de klachten die behoren bij de gegeneraliseerde angststoornis.

Is er wat aan te doen?

Soms worden bij de gegeneraliseerde angststoornis slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) voorgeschreven. Die bieden misschien op korte termijn even een oplossing, maar zijn zeker op langere termijn af te raden. Je kunt er immers verslaafd aan raken. Met verschillende vormen van psychotherapie worden daarentegen bij de gegeneraliseerde angststoornis goede resultaten bereikt, met name met cognitieve therapie. Kenmerken van cognitieve therapie zijn: kortdurend, praktisch, doelgericht, leren van vaardigheden en zelfwerkzaamheid (oefenen op basis van huiswerkopdrachten).

Een variant van cognitieve therapie is 'metacognitieve therapie'. Volgens deze methode vertoont de inhoud van het piekeren bij mensen met een gegeneraliseerde angststoornis geen verschil met de inhoud van het piekeren van andere mensen. Het is dan ook niet de inhoud van het piekeren die tot klachten of problemen leidt, maar de manier waarop iemand denkt over het piekeren (de al genoemde metacognities). Op het moment dat u negatief gaat denken over het eigen piekeren (bijv. 'van piekeren word ik gek') kunt u last krijgen van gevoelens van angst en spanning. U kunt gaan piekeren over het piekeren. De angst en spanning worden daardoor erger, wat als bevestiging gezien kan worden van uw negatieve gedachte ('zie je wel, van piekeren draai ik echt nog door'). Om de behandeling te laten slagen, is het dan ook vooral belangrijk de metacognities te veranderen. Door de negatieve metacognities te veranderen nemen de angst en spanning af. Door de positieve metacognities te veranderen, zult u het piekeren minder als helpende strategie bij problemen gaan gebruiken. Daardoor wordt de

kans op terugval kleiner. Uiteraard worden u ook andere manieren om met problemen en zorgen om te gaan geleerd.

De metacognitieve therapie voor gegeneraliseerde angststoornis bestaat uit vier fasen:

- In de eerste fase leert u uw negatieve en positieve gedachten over het piekeren (de metacognities) te herkennen. Een voorbeeld van een huiswerkopdracht in deze fase is het maken van een voor- en nadelenlijst van piekeren.
- In de tweede fase leert u negatieve metacognities te onderzoeken en te wijzigen. U leert bijvoorbeeld met behulp van een registratieformulier de bewijzen die uw gedachten ondersteunen in kaart te brengen en vervolgens de bewijzen die laten zien dat uw gedachten niet of niet helemaal kloppen. Op basis van de bewijzen die u vindt kunnen dan nieuwe gedachten geformuleerd worden.
- In de derde fase leert u op dezelfde manier de positieve metacognities (bijv. 'piekeren houdt me scherp en alert') te onderzoeken en te wijzigen.
- In de laatste fase leert u manieren om anders met nieuwe informatie om te gaan dan door erover te piekeren. Ook wordt u geleerd veiligheidsgedrag (zoals geruststelling vragen) niet meer toe te passen, en vermijdingsgedrag (zoals niet meer lezen van krantenberichten over inbraken in de buurt of niet meer kijken naar tv-programma's over ziekten) op te geven.

De behandeling is dus vooral op de metacognities gericht en veel minder op de steeds wisselende inhoud van het piekeren. Dat kan zeker in het begin lastig zijn, omdat u angstig en bezorgd bent en hierover graag met uw therapeut wilt praten. Uw therapeut zal hier uiteraard aandacht aan besteden. Maar hij zal vervolgens wel proberen de metacognities helder te krijgen, door telkens te vragen naar uw gedachten over het piekeren in de door u naar voren gebrachte situaties.

Tot slot

Zonder behandeling blijft het overmatige en onbeheersbare piekeren vaak chronisch aanwezig. Dat betekent dat u er jarenlang last van houdt. Het is dus verstandig iets aan de klachten te doen. Metacognitieve therapie lijkt daarvoor de meest geschikte vorm van behandeling. Ruim 75% van de mensen met een piekerstoornis hebben baat bij deze behandelingsmethode, zo blijkt uit onderzoek.

Deze bijdrage is in iets gewijzigde vorm als bijlage opgenomen in: Van der Heiden C ea (2007) *Metacognitieve therapie bij de gegeneraliseerde angststoornis. Gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. De tekst is ook te vinden op www.bsl.nl door te zoeken op titel/auteur.

* Drs. C. van der Heiden, gz-psycholoog-psychotherapeut, is als Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek verbonden aan PsyQ Rijnmond en als universitair docent aan het Instituut voor Psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

** Dr. G. Methorst, klinisch psycholoog-psychotherapeut, is als behandelprogramma- manager Angststoornissen verbonden aan PsyQ Rijnmond

*** Prof.dr. H.T. van der Molen is hoogleraar Klinische en Gezondheidspsychologie aan het Instituut voor Psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam

**** Prof. dr. P. Muris is hoogleraar Klinische Psychologie aan het Instituut voor Psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
Email: c.vanderheiden@rijnmond.psyq.nl