

Ziektevrees

Errez Bar, Patrick Dielissen

In de huisartsenpraktijk melden zich regelmatig patiënten die gepreoccupeerd zijn met lichamelijke klachten. Sommigen zijn bang dat ze een ernstige ziekte hebben, maar huisartsen zien dat onderliggende probleem vaak over het hoofd en blijven dan steken in symptomatisch beleid. Een belangrijk onderscheid met andere klinische beelden waarbij de patiënt in beslag genomen wordt door lichamelijke klachten, zoals SOLK, is dat niet de belemmeringen vooropstaan, maar de angst voor ziekte. Om die angst te adresseren moet de huisarts niet alleen lef tonen, maar ook de juiste communicatietechnieken gebruiken. Met goede adviezen, cognitieve gedragstherapie en eventueel medicatie kan de patiënt belangrijke stappen zetten.

Ziektevrees, oftewel hypochondrie, is een sterke preoccupatie met of angst voor een ernstige ziekte zoals kanker, die in de regel voortkomt uit een verkeerde interpretatie van lichamelijke klachten.¹ In de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) is de diagnose ‘hypochondrie’ vervangen door ‘ziekteangststoornis’.² Er is niet veel goed epidemiologisch onderzoek naar gedaan, maar de prevalentie in de huisartspraktijk ligt ergens tussen de 4 en 9%.^{1,3} Iemand die een ziekteangststoornis heeft, lijdt vaak erg onder de angst, en de omgeving ook. De stoornis kan aanzienlijke comorbiditeit (depressie) met zich meebrengen en leidt soms ook tot overmatige zorgconsumptie, maar is goed te behandelen met psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en eventueel medicatie.¹

Deze nascholing leert de huisarts hoe het ziektebeeld te herkennen bij patiënten die gepreoccupeerd zijn met lichamelijke klachten. Met gericht doorvragen en het effectief inzetten van

communicatietechnieken is het mogelijk tijdens het consult na te gaan of ziektevrees een rol speelt en vervolgens de focus te verleggen van de lichamelijke klachten naar het kernsymptoom: angst.

DIAGNOSE EN DIFFERENTIAALDIAGNOSE

‘Ziekteangststoornis’ is in de DSM-5 een van de diagnoses in groep ‘somatisch-symptoomstoornis en aanverwante stoornissen’.² De criteria (zie [tabel 1]) overlappen gedeeltelijk met die van andere stoornissen waarin preoccupatie met lichamelijke klachten een rol speelt, zoals de paniekstoornis of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). De

Ziektevrees vraagt om een andere aanpak dan SOLK

kern van de ziekteangststoornis is de angst voor een ernstige ziekte en de behoefte aan geruststelling. Het verschil met de paniekstoornis is dat daarbij de angst aanvalsgewijs optreedt en niet bijna continu aanwezig is. Het verschil met SOLK is dat daarbij de hinder van de klachten en het ontbreken van een goede verklaring vooropstaan.

Huisartsen hebben de neiging om patiënten met ziektevrees op dezelfde wijze te benaderen als patiënten met SOLK. Op het eerste oog lijkt dat logisch, maar de problemen vragen om een verschillende aanpak (zie [tabel 2]). Hypochondrie is daarom ook opgenomen in de NHG-Standaard Angst en niet in de NHG-Standaard SOLK. SOLK vraagt een benadering die zich richt op het leren omgaan met lichamelijke klachten die door de huisarts niet lichamelijk verklaard kunnen worden. Bij ziektevrees moet de onderliggende angst centraal gesteld worden. Overigens kent een ziekteangststoornis een aanzienlijke comorbiditeit zoals depressie en andere angststoornissen wat de diagnostiek in de spreekkamer lastig kan maken.⁴

VERMIJDING VERSUS GERUSTSTELLING

Men kan patiënten met ziektevrees opdelen in twee categorieën, naar de wijze waarop zij omgaan met hun angst. Vermijders zijn geneigd alle prikkels buiten te sluiten die hen aan ziekte herinneren: zij vermijden programma's, krantenartikelen en gesprekken over medische onderwerpen en gaan ook niet op bezoek naar een ziekenhuis. Soms mijden ze zelfs doktersbezoek als ze lichamelijke klachten hebben, uit angst

DE KERN

- Patiënten met ziektevrees (hypochondrie) lijden onder de voortdurende angst dat ze een ernstige ziekte hebben.
- Sommige patiënten met ziektevrees gaan vaak naar de huisarts, anderen mijden de dokter juist.
- Ziektevrees is goed te behandelen met psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en eventueel medicatie.
- Voordat de diagnose ‘ziekteangststoornis’ wordt gesteld, moet de patiënt adequaat medisch onderzocht zijn.

Tabel 1 Criteria voor ziekteangststoornis volgens DSM-5²

- 1 Preoccupatie met het hebben of krijgen van een ernstige ziekte.
- 2 Lichamelijke klachten zijn niet aanwezig of als dit wel het geval is, slechts in lichte mate. Als er een somatische aandoening aanwezig is of een hoog risico om een somatische aandoening te ontwikkelen, is de preoccupatie duidelijk excessief of disproportioneel.
- 3 Er is een grote mate van angst over de gezondheid en de betrokkene is snel verontrust over de eigen gezondheidstoestand.
- 4 De betrokkene vertoont excessief gezondheidsgerelateerd gedrag [controleert bijvoorbeeld herhaaldelijk het lichaam op tekenen van ziekte] of maladaptieve vermijding (vermijdt bijvoorbeeld doktersafspraken).
- 5 De preoccupatie met ziekte is minstens zes maanden aanwezig, maar de specifieke ziekte waarop de angst gericht is, kan in die periode veranderen.
- 6 De ziektegerelateerde preoccupatie kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.

dat deze klachten inderdaad op een ernstige ziekte duiden. Tegenover deze vermijders staan degenen die geruststelling zoeken. Deze patiënten proberen hun angst te verminderen door actief te zoeken naar de bevestiging dat ze niet ziek zijn. Dat kan bijvoorbeeld door de huisarts bij herhaling expliciet om geruststelling te vragen voor een lichamelijke klacht of voor de kans ziek te worden. Anderen zijn onafgebroken bezig het eigen lichaam op onregelmatigheden te controleren, op het internet naar verklaringen voor hun lichamelijke symptomen

Verhoogde lichamelijke alertheid houdt een vicieuze cirkel in stand

te zoeken of mensen in hun eigen omgeving om geruststelling te vragen. Als die laatste strategie tot irritatie en afwijzende reacties leidt, maken patiënten de vraag om geruststelling op den duur vaak impliciet om negatieve reacties te voorkomen. De patiënt noemt dan bijvoorbeeld subtiel een lichamelijke klacht tegen de partner om te zien of deze gealarmeerd raakt; als die reactie uitblijft, wordt dat geïnterpreteerd als een impliciete geruststelling. Patiënten gebruiken die subtiele strategieën ook in de spreekkamer, waardoor de onderliggende angst nooit helemaal op tafel zal komen als de huisarts die niet exploreert.

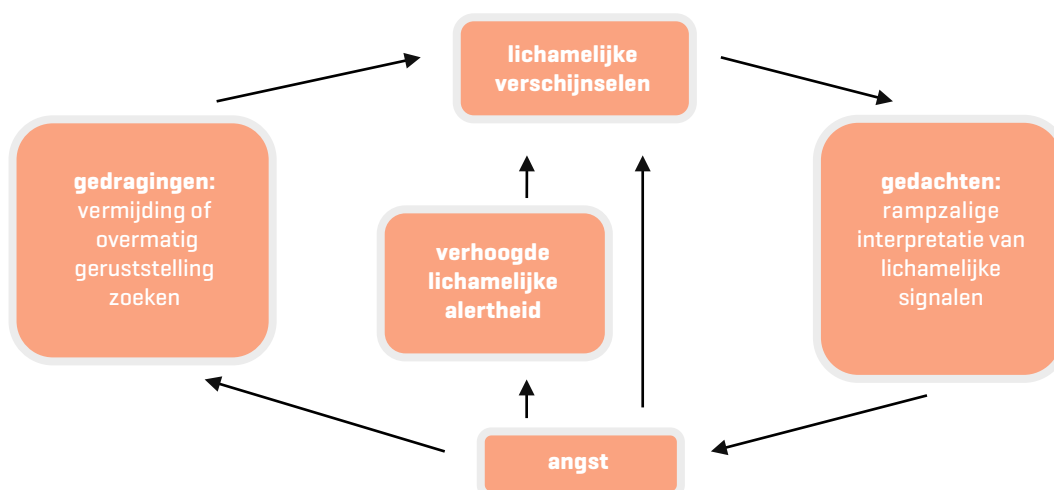
Ondanks de verschillen in omgangsstijl hebben de vermijders en degenen die geruststelling zoeken wel iets gemeen, namelijk een verhoogde alertheid op lichamelijke signalen. Zij neigen ernaar hun lichaam steeds in de gaten te houden om het signaal van een gevreesde ziekte tijdig op te pikken.

VICIEUZE CIRKEL

De ziektevrees kan zichzelf in stand houden doordat het gedrag van vermijding of geruststelling zoeken en de verhoogde lichamelijke alertheid een vicieuze cirkel gaan vormen (zie de [figuur]).⁵ De patiënt interpreteert lichamelijke verschijnselen als tekenen van een ernstige ziekte, de angst voor een ernstige ziekte leidt tot selectieve aandacht voor de meest angstaanjagende symptomen. Op de korte termijn verhoogt dit het gevoel van controle omdat ze 'er op tijd bij zijn', maar op de lange duur gaat die verhoogde waakzaamheid zich ook richten op signalen die een gezond lichaam weleens afgeeft en wordt de angst voor de ziekte juist versterkt.

Vermijdende patiënten voelen zich tijdelijk beter als ze prikkels buitensluiten die hen herinneren aan de ziekte. Zo ontlopen ze de confrontatie met hun angst, maar ze leren niet hoe die angst te verdragen of zichzelf gerust te stellen en daardoor zijn ze genoodzaakt de vermijdingsstrategie te blijven gebruiken.

Patiënten die overmatig geruststelling zoeken, zijn in het begin vaak daadwerkelijk gerustgesteld als de huisarts niets



Figuur

Vicieuze cirkel van ziekteangst⁵



Goede communicatietechnieken zijn belangrijk bij patiënten met ziektevrees.

Foto: iStock

vindt. De ervaring leert echter dat die geruststelling tijdelijk is en steeds korter duurt. Er treedt gewenning op en er is steeds meer geruststelling nodig om het gewenste effect te bereiken. In die zin kan ziektevrees kenmerken krijgen van een verslaving.

EFFECTIEVE COMMUNICATIE

Bij patiënten met een ziekteangststoornis is het de belangrijkste taak van de huisarts een paradigmaverschuiving te realiseren van de lichamelijke preoccupatie naar het omgaan met de angst. Dat is een communicatieve uitdaging die veel geduld, empathisch vermogen en vasthoudendheid vergt. De eerste stap is met rust en vertrouwen naar de patiënt te luiste-

ren, in te gaan op wat deze inbrengt en de last te erkennen die deze rapporteert. *‘Ik hoor u zeggen dat u de laatste twee weken herhaaldelijk last heeft van buikpijn. Ik wil het er graag wat uitgebreider over hebben.’*

Dit ‘meeveren’ is essentieel. Pas als de patiënt voelt dat de somatisch gerichte hulpvraag serieus genomen wordt, kan hij zich openstellen voor een benadering van de emotionele lijdenslast. Een volgende stap is de emotie te benoemen die bij de patiënt wordt waargenomen. *‘Ik zie aan de wijze waarop u me over uw klachten vertelt, dat dit voor u gepaard gaat met de nodige spanning. Klopt dat?’*

Deze vraag geeft de eerste aanzet om de angst achter de hulpvraag centraal te stellen. De huisarts vergewist zich ervan

Tabel 2 Ziekteangststoornis, SOLK en paniekstoornis vergeleken

	Ziekteangststoornis	SOLK	Paniekstoornis
Angst	per definitie aanwezig	niet noodzakelijk	per definitie aanwezig
Lichamelijke klachten	mogelijk, maar niet noodzakelijk aanwezig	per definitie aanwezig	per definitie aanwezig, maar alleen tijdens aanvallen
Hulpvraag	geruststelling	verklaring voor klachten	geruststelling
Preoccupatie	vrees voor ziekte	hinder van de klachten, beperkingen	vrees voor een volgende aanval (angst voor de angst)
Gedrag	lichaam controleren en geruststelling zoeken	herhaaldelijk zoeken naar een verklaring	situaties vermijden
Geruststelling	kortdurend of weinig effectief	is niet wat de patiënt zoekt	kortdurend of weinig effectief tijdens een aanval
Prognose	goed	goed	zeer goed
Benadering	focus op behandeling van angst door cognitieve gedragstherapie	exploratie van cognities, rationeel uitleggen	focus op behandeling van angst door cognitieve gedragstherapie

Tabel 3 Werkzame interventies bij ziektevrees¹

Psycho-educatie	informatie over ziektevrees bespreken van de rol van cognities en angst
Cognitieve gedragstherapie	onderzoeken van irrationele gedachten toetsen van irrationele gedachten en vervangen door alternatieven gedragsexperimenten voor het verminderen van vermijdingsgedrag gedragsexperimenten voor het verminderen van geruststellingsbehoefte
Stressmanagement	relaxatietraining, probleemoplossing en assertiviteitstraining
Medicatie	paroxetine 20-60 mg per dag

of zijn interpretatie van de waargenomen spanning correct is en creëert een ingang om met de patiënt te kijken naar een onderliggende angst. Als de patiënt deze interpretatie bevestigt, kan de huisarts toestemming vragen daar verder op in te gaan. *‘Zojuist heb ik u laten weten dat ik me geen zorgen maak dat uw klachten worden veroorzaakt door een lichamelijke ziekte. Vindt u het goed dat we wat uitgebreider spreken over die spanning die u voelt?’*

De huisarts valideert de lijdenslast van de patiënt en denkt met hem mee. Dat is een eerste stap op weg naar een gezamenlijke formulering van het probleem – angst voor ziekte – en het beleid – hoe met deze angst om te gaan. Voor het behandelplan zijn er verschillende opties. De huisarts kan de patiënt zelf begeleiden in een kortdurend traject met psycho-educatie of medicatie, of doorverwijzen naar een poh-ggz of gz-psycholoog voor cognitieve gedragstherapie.

De duur van het hierboven geschetste proces, herkenning van een preoccupatie met lichamelijke klachten, vragen aan de patiënt of angst een rol speelt, gezamenlijk het probleem definiëren en tot slot een behandelplan opstellen, kan per patiënt zeer verschillen.

BESCHOUWING

Voordat überhaupt de diagnose ‘ziekteangststoornis’ gesteld kan worden, moet er een adequaat medisch onderzoek zijn uitgevoerd waarin somatische oorzaken zijn uitgesloten. Deze stap kan in de praktijk voor zowel de patiënt als de huisarts

De diagnose kan pas gesteld worden als somatische oorzaken zijn uitgesloten

lastig zijn. Bij diagnostische onzekerheid kan bij beiden de angst spelen dat men iets over het hoofd heeft gezien of dat het toch om een zeldzame aandoening gaat. Het vraagt dan moed van de huisarts om te beseffen dat geruststelling niet werkt bij patiënten met ziektevrees en dat nieuwe onderzoeken of

verwijzingen de angst eerder zullen versterken dan verminderen. Huisartsen voelen zich niet zelden machteloos tegenover patiënten die om geruststelling blijven vragen. Essentieel is het moment in het diagnostisch denken waarop men de klachten niet meer als een medisch probleem ziet maar als een angstprobleem.

[Tabel 3] toont de werkzame interventies. In de huisartsenpraktijk kan de basis gelegd worden voor een geleidelijke vermindering van de angst en het vermijdingsgedrag. De huisarts kan zelf stappen zetten zoals psycho-educatie – uitleggen dat ziekteangststoornis bestaat en wat die inhoudt, uitleggen hoe de preoccupatie met lichamelijke signalen de angst voedt. In de behandeling is samenwerking met een poh-ggz of gz-psycholoog sterk aan te bevelen. Psychologische behandeling, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en stressmanagement zijn het effectiefst (gemiddelde effectgrootte $d = 0,86$), SSRI's zijn ook effectief (paroxetine is het best onderzocht: $d = 0,56$).

Sommige patiënten blijven ook na behandeling frequent om geruststelling vragen

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Laat merken dat je de patiënt serieus neemt in diens somatische hulpvraag. Verleg de focus pas naar de onderliggende angst na zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek. Laat vervolgens merken dat je de patiënt serieus neemt in diens psychisch lijden door toestemming te vragen dit lijden tot onderwerp van gesprek te maken.

Creëer veiligheid: stel de patiënt gerust over diens klachten en geef een duidelijke instructie wat te doen als de klachten veranderen.

Besprek de diagnose ‘ziekteangststoornis’ met de patiënt, geef aan dat deze te behandelen is en wat de huisarts zelf, de poh-ggz of de gz-psycholoog daaraan kunnen bijdragen.

Houd contact en vraag proactief of de patiënt je over enige tijd wil informeren over het beloop.

Als een patiënt ook later frequent om geruststelling blijft vragen, besprek dan hoe dit de ziektevrees in stand houdt en spreek af onder welke voorwaarden de patiënt om geruststelling mag komen vragen. ■

LITERATUUR

1. Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington (VA): APA, 2013. [Nederlandse vertaling: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5. Amsterdam: Boom, 2014.]
3. Kellner R. Somatization and hypochondriasis. New York: Praeger, 1986.

-
4. Visser S. Hypochondrie. In: Spinhoven P, Bouman TK, Hoogduin CAL, redactie. *Behandlungsstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001:p.41-57.
 5. Bouman TK, Visser S, Vervaeke GAC. Protocollaire behandelingen van patiënten met een hypochondrie: cognitieve gedragstherapie. In: Keijers G, van Minnen A, Hoogduin CAL, redactie. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom, 2011:p.49-84.
 6. Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention versus cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2001;39:423-42.
 7. Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M. NHG-Standaard Angst. *Huisarts Wet* 2012;55:68-77.

Bar E, Dielissen PW. Ziektevrees. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0011-9.
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: E. Bar, GZ-psycholoog en gedragwetenschappelijk docent; dr. P.W. Dielissen, huisarts-onderzoeker, Patrick.Dielissen@radboudumc.nl.
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.