

Helpen bij paniek en vermijding

Gerrit Neomagus

Inleiding

Volgens de NHG-standaard is een gedragsmatige aanpak bij patiënten met een milde paniekstoornis of fobie effectief.¹ In de praktijk blijkt dat het goed mogelijk is om binnen het kader van een gewoon spreekuur patiënten met een paniekstoornis al of niet met agorafobie professionele niet-medicamenteuze hulp te bieden.

Mirjam Adema

Mirjam is 21 jaar en volgt een opleiding op hbo-niveau in een stad 15 km verderop. Ze woont nog bij haar ouders en komt samen met haar moeder op het spreekuur. Dagelijks gaat ze met de bus naar school. Een maand geleden was het erg koud en was de bus erg vol. Mirjam was in de benauwde en warme bus onwel geworden. Ze was bang dat ze flauw ging vallen en dat er niemand in de buurt zou zijn om haar te helpen. Bij de derde halte was ze uitgestapt en terug naar huis gelopen.

Ze had zich wel eens vaker niet prettig gevoeld in de bus, maar nooit zo heftig als toen. Sindsdien is ze voortdurend bezig met de gedachte dat de situatie in de bus zich zou kunnen herhalen. Ondanks het aandringen van haar ouders is Mirjam niet meer naar school geweest. Ze heeft het nog wel enkele keren geprobeerd, maar na twee haltes moest ze telkens uitstappen. De vraag of ze in paniek was, wordt volmondig met 'ja' beantwoord.

Samenvatting

Neomagus GJH. Helpen bij paniek en vermijding. Huisarts Wet 2001;44(12)563-6.

Patiënten met een beginnende of lichte vorm van paniekstoornis met vermijding kunnen goed door de huisarts worden behandeld. Het is belangrijk dat patiënt en huisarts tot overeenstemming komen over de diagnose. In kleine stapjes worden bedreigende situaties geoefend en geëvalueerd door middel van een dagboek. Samen met de patiënt wordt besproken op welke manier lichamelijke verschijnselen leiden tot gevoelens van onheil en gevaar. De hiermee samenhangende cognitie wordt vervolgens getoetst en bijgesteld.

Het werken met een gestructureerde aanpak, een omschreven plan en een beperkte duur van de behandeling geeft de patiënt vertrouwen en verhoogt de kans op succes. Voor de huisarts maakt het de consultvoering overzichtelijk. In bepaalde gevallen kunnen benzodiazepines of antidepressiva de behandeling ondersteunen.

G.J.H. Neomagus, huisarts, Delftweg 10, 3043 CG Rotterdam.
Correspondentie: neomagus@knmg.nl

Kennelijk is dat begrip voor Mirjam een juiste omschrijving van de situatie.

De huisarts kent het gezin en de verdere familie van Mirjam goed. In het verleden heeft Mirjam enkele malen een wegraking gehad. Vier jaar geleden is zij hiervoor door de neuroloog onderzocht. Ook bij het aanvullend onderzoek vond deze geen afwijkingen. Haar klachten werden als flauwvallen geduid.

In de familie komen meerdere angstige mensen voor die het spreekuur van de dokter vaak bezoeken. Oma kwam nooit buiten omdat ze bang op straat was.

Om het spreekuur niet onnodig uit te laten lopen geeft de huisarts het advies aan Mirjam en haar moeder om de volgende dag samen met de bus enkele haltes heen en terug te gaan. Na een week moeten ze terugkomen om verslag uit te brengen.

Hyperventilatie?

Mirjams aanval zal enkele jaren geleden zeker gediagnosticeerd zijn als hyperventilatie. Omdat hyperventilatie wel een begeleidend verschijnsel van een angstaanval kan zijn, maar niet de oorzaak is, spreken we tegenwoordig bij voorkeur over een paniekaanval. Paniekaanvallen kunnen ook bestaan zonder hyperventilatie en hyperventilatie kan ook bij andere aandoeningen zoals een hartinfarct voorkomen. De huisarts stelt bij Mirjam de diagnose paniekstoornis. Hiervoor pleiten: de leeftijd, het herhaaldelijk voorkomen, het bezig zijn met angst voor de angst, het voorkomen van meerdere angstige personen in de familie en het niet orgaangebonden zijn van de klachten. Voor de diagnose paniekstoornis met agorafobie pleit dat de paniekaanvallen zijn verbonden met een bepaalde situatie of gebeurtenis die vervolgens wordt vermeden. Indien de klachten nog maar kort bestaan en mild van karakter zijn, is het voor de huisarts mogelijk zelf de therapie te starten.

Vervolgconsulten

Na een week komen Mirjam en haar moeder opnieuw. De reis met de bus verliep goed; Mirjam raakte niet in paniek. Moeder vraagt of er toch geen sprake van epilepsie of astma kan zijn. De huisarts haalt de brief van de neuroloog er nog even bij en vertelt dat er van epilepsie destijds niets is gevonden. De huidige klachten wijzen daar ook beslist niet op.

De huisarts doet ook een oriënterend lichamelijk onderzoek en vindt daarbij geen afwijkingen.

Hij vertelt dat hij, net als bij andere ziektes, tot een omschreven diagnose komt door een aantal feiten op een rij te zetten. Hij vertelt dat Mirjam volgens hem paniekaanvallen heeft. En omdat de aanvallen kennelijk vaker zijn voorgekomen en de angst voor

de angst haar leven is gaan bepalen, heeft Mirjam een paniekstoornis.

Samen met Mirjam en haar moeder inventariseert de huisarts de situaties die het meest angst opwekken. Mirjam vindt de bus naar school het meest bedreigend omdat ze dan alleen reist en het meestal erg druk is. De terugweg is gemakkelijker omdat er dan een buurtgenootje meereist.

De huisarts spreekt nu met Mirjam en haar moeder af dat moeder gedurende de komende twee weken met haar mee zal reizen naar school. Mirjam zal proberen op haar vrije middag en op zaterdag drie haltes te reizen zonder begeleiding. In een dagboekje zal ze van iedere busreis een aantekening maken en de mate van ervaren angst waarderen met een cijfer van 1 tot 10. Ook zal ze opschrijven of de reis al dan niet was voltooid en zo niet, waarom niet.

Tot slot van het gesprek gaat de huisarts na hoe de voorlichting is overgekomen.

Het blijkt dat Mirjam vooral de begrippen 'paniek', 'controleverlies' en het hulpeloos zijn te midden van vreemden heeft herkend. De mededeling dat ze niet aan epilepsie lijdt, is kennelijk nieuw en geruststellend. De huisarts geeft een folder mee over paniekstoornissen waarin het theoretisch kader in begrijpelijke taal wordt uitgelegd.² Mirjam zal over twee weken alleen terugkomen.

Na twee weken is Mirjam weer op het spreekuur. Zoals afgesproken is Mirjam weer naar school gegaan met de bus. Mirjam heeft in haar dagboekje bijgehouden dat het reizen in een volle bus samen met haar moeder 'goed' gaat (een 7) en als het minder druk is zelfs 'zeer goed' (een 8).

De terugweg met de vriendin is ook 'voldoende' (een 6), maar toen deze ziek was, ging het 'slecht' (een 4). Op de vrije middag was ze enkele malen drie of vier haltes meegereisd. Ze had zich soms misselijk en draaierig gevoeld maar toch volgehouden. Op een stille zaterdagochtend ging het plotseling heel goed en was ze bij de zesde halte uitgestapt om een tante te bezoeken. Op de thuisreis had ze zich daarna opgewekt gevoeld en zelfs niet aan angst gedacht.

De huisarts prijst Mirjam vanwege haar doorzetten om weer naar de opleiding te gaan. Het is ook voor Mirjam duidelijk dat reizen zonder begeleiding en het druk zijn in de bus voor Mirjam factoren zijn die angst oproepen.

De huisarts besteedt aandacht aan de begeleidende verschijnselen van paniek, zoals druk op de borst, hartkloppingen en transpireren. Mirjam zegt dat deze klachten sterk aan een bepaalde situatie zijn gebonden en dat de klachten in de buitenlucht als bij toverslag verdwijnen. De huisarts benadrukt dat Mirjam weliswaar heel bang is om flauw te vallen in de bus, maar dat dit nog nooit werkelijk is gebeurd.

Ook tijdens de hierop volgende tweewekelijkse consulten wordt steeds nagegaan welke lichamelijke klachten tot angstige gedachten leiden. Als alternatief voor de gedachte 'ik heb klachten en dus val ik flauw' leert Mirjam dit te interpreteren als een

signaal van spanning in relatie tot de situatie. Er worden relaties gelegd met andere situaties waarbij transpireren en hartkloppingen voorkomen zoals bij sport. Ook dan treden immers geen catastrofale gebeurtenissen op.

Na twee maanden reist Mirjam weer zelfstandig met de bus. Een enkele keer laat ze een zeer volle bus voorbijgaan om te wachten op een volgende die tien minuten later komt. Mirjam heeft inmiddels een GSM in haar tas die ze in noodgevallen kan gebruiken. Zo'n noodgeval doet zich echter niet voor.

Drie maanden later belt de vader van Mirjam toch weer ongerust op. Mirjam is op een feestje flauwgevallen. Eigenlijk wil hij het liefst nog eens een verwijskaart voor de neuroloog. Voor de zekerheid, om epilepsie uit te sluiten. Mirjam komt zelfstandig op het spreekuur en deelt de ongerustheid van vader beslist niet. Ze herkende de uitlokkende factoren zoals de angst voor een drukke lawaaierige omgeving met de begeleidende lichamelijke sensaties. Ze wist eigenlijk wel hoe ze daar mee om moest gaan, en was ook niet echt 'weg'. Met een beetje frisse lucht voelde ze zich beter. Een vriend heeft haar thuis gebracht, waar haar vader erg van geschrokken is. Zelf vond ze de reactie van haar omgeving overdreven. Een verwijskaart wordt door de huisarts niet gegeven.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve therapie – het anders leren aankijken tegen de ervaren verschijnselen – reduceert wel de frequentie van de paniekaanvallen maar niet het vermijdingsgedrag; omgekeerd vermindert expositie – het bewust opzoeken van de moeilijke situatie – wel de vermijding, maar niet de paniek. Combinatie van beide strategieën verdient daarom op de langere termijn de voorkeur.³ De therapie bestaat uit huiswerkopdrachten, het maken van een dagboek en gesprekken op het spreekuur.

De behandeling van *paniekstoornis met agorafobie* is erop gericht angstwekkende situaties niet uit de weg te gaan, maar er geleidelijk aan te wennen zodat de patiënt ervaart dat de angst niet spoort met de realiteit. Samen met de patiënt wordt een hiërarchie opgesteld van situaties: van relatief makkelijke tot moeilijke situaties met veel angst. De patiënt krijgt huiswerkopdrachten en moet deze in een dagboek bijhouden.

Uitgangspunt voor de huiswerkopdracht is de meest recente paniekaanval. Deze wordt tijdens het eerste consult dan ook uitvoerig besproken: waar was het, wat voelde je, wat dacht je en wat deed je om de aanval te stoppen of te verminderen? De huiswerkopdrachten moeten voor de patiënt haalbaar zijn. In kleine stapjes vooruit werkt stimulerend.

Een belangrijk doel van het huiswerk is om irrationele cognities op het spoor te komen. De patiënt krijgt uitleg over automatische gedachten die de angstige verschijnselen begeleiden en versterken. In een dagboek moet de patiënt zo precies mogelijk opschrijven wat het focus van de angst is. In het geval van Mirjam gaat het om de angst om flauw te vallen en door vreem-

den te worden geholpen. Als de irrationele gedachten op tafel zijn gekomen, kunnen ze worden gecorrigeerd door een kritische bespreking.

De rol van de huisarts is te ondersteunen en de vorderingen vooral positief te waarderen en voortgang aan te moedigen. In sommige gevallen is de rol van de partner of familielid als co-therapeut van waarde. Vooral in het begin van de behandeling is de aanwezigheid van een vertrouwd persoon geruststellend. Het is belangrijk de partner – of ouders zoals bij Mirjam – bij de behandeling te betrekken als deze geneigd is om de patiënt juist te bevestigen in zijn of haar angst, hetzij uit gemakzucht – ‘blijf maar lekker thuis’ – hetzij uit angst voor de angst van de patiënt.

Net zoals dat gebeurt bij de aanpak van agorafobie speelt bij *angst voor lichamelijke verschijnselen* ‘exposure’ of uitdaging een belangrijke rol. Nu is het niet de situatie of locatie maar de misinterpretatie van het symptoom die wordt uitgedaagd, onderzocht en besproken. Methoden hierbij zijn het aanbieden van informatie – hoe verloopt een hartinfarct, wat is epilepsie en wat is een angststoornis? – en het samen onderzoeken van de houdbaarheid van de geopperde hypothese ten aanzien van een somatische diagnose. De patiënt kan hierbij zelf op onderzoek uitgaan in de bibliotheek of op internet. In een gesprek kan ‘het ergste van het ergste’ aan bod komen. Patiënten hebben vaak een levendige voorstelling van de reacties van omstanders die niet adequaat reageren op hun paniek en hebben ook het gevoel voor gek te staan. Ook dit berust in feite om een verkeerde cognitie die ontkracht kan worden door ze te toetsen aan feiten, bij voorbeeld door te refereren aan een zelf mee gemaakte gebeurtenis. Meestal zullen patiënt en huisarts dan tot de conclusie komen dat omstanders in het algemeen wel op een juiste manier reageren en niemand een eventueel slachtoffer uitlacht. Zo mogelijk worden alternatieven geboden voor de automatisch opkomende angstige gedachte; dus niet: *trillen is een aankondiging van controleverlies* maar: *trillen is een teken van spanning, ontspanning kan mij helpen*.

Belangrijk is dat patiënt en huisarts het samen eens zijn over de gestelde diagnose: angststoornis en de manier van aanpak: cognitieve gedragstherapie. Als de patiënt niet van de overtuiging is af te brengen aan een ernstige lichamelijke ziekte te lijden kan een beperkt en gericht lichamenlijk onderzoek helpen. Bij een blijvende controversie kan het zijn dat de patiënt aan hypochondrie lijdt. Ook hierbij speelt een foutieve interpretatie van lichamelijke sensaties een rol. Het beleid is ook dan gericht op voorlichting en vooral beperking van herhaaldelijk lichamenlijk en aanvullend onderzoek. Medisch onderzoek (bloeddruk meten, foto maken) reduceert weliswaar tijdelijk de angst, maar conditioneer voor een volgende behoefte aan geruststellend onderzoek.⁴

Is eenmaal gekozen voor cognitieve gedragstherapie, dan is het

in principe niet nodig uitgebreid aandacht te besteden aan biografische of sociale factoren. Dit is zelfs het geval als daar een factor te vinden is die de catastrofale misinterpretatie onderhoudt zoals ziekte of plotseling overlijden van een bekende met daaraan gekoppeld de gedachte: ik heb dezelfde klachten en aandoening. Privé-problemen kunnen uitlokkend zijn. Zou het zo zijn dat het focus van de angst bij Mirjam niet zozeer de busreis is, als wel het opzien tegen een moeilijk tentamen, dan is er sprake van stressgerelateerde problematiek met (waarschijnlijk) reële angst. Stress kan echter ook een paniekaanval uitlokken die zich vervolgens ontwikkelt tot een paniekstoornis.

Aanvullende strategieën

Ter ondersteuning van de behandeling kunnen voor een korte tijd benzodiazepines voorgeschreven worden. De NHG-standaard geeft hiervoor een schema.¹ Antidepressiva worden gegeven wanneer de hevigheid van de lichamelijke sensaties de voortgang van de cognitieve gedragstherapie in de weg staat. Antidepressiva kunnen in het begin de frequentie of intensiteit van de angstaanvallen doen toenemen. In dat geval wordt aangeraden gedurende korte tijd (twee weken) een benzodiazepine toe te voegen en die daarna weer uit te sluisen. Een derde van de patiënten met een depressie heeft ook een angststoornis; bij de combinatie van een angststoornis en een depressie zijn antidepressiva effectief. Een antidepressivum dient bij voldoende effect gedurende zes maanden tijd te worden ingenomen. Medicatie alleen geeft echter een groter percentage patiënten dat de behandeling voortijdig staakt in verband met bijwerkingen. Patiënten die uitsluitend medicatie krijgen, hebben ook een grotere kans op terugval na het staken van de medicijnen dan patiënten die ook met cognitieve gedragstherapie behandeld zijn.⁵ Ontspanningsoefeningen kunnen effectief zijn om te leren een paniekaanval te controleren. De patiënt leert vroegtijdig de signalen van spanning te herkennen en de spanning te verminderen, bijvoorbeeld door de ademhaling beter te controleren. Psychologen geven op grond van theoretische overwegingen er de voorkeur aan om angst uit te doven in de toestand en de situatie waarin deze werd aangeleerd en om nieuw gedrag te leren in de toestand die in de toekomst gewenst wordt en dus in het algemeen zonder medicatie. Om die reden wordt na verwijzing meestal aan de huisarts gevraagd eventueel verstrekte anxiolytica en antidepressiva af te bouwen. Wanneer dat niet mogelijk blijkt, is het advies om dagelijks een vaste dosis op een vast moment te nemen (bijvoorbeeld voor het slapen gaan) en in elk geval niet vlak voor een oefensessie.⁶ Cognitieve gedragstherapie beslaat veelal zes tot twaalf sessies. In de huisartspraktijk kan men uitgaan van een maximum van acht consulten met een interval van twee weken. Wordt geen voortgang geboekt, dan kan de huisarts alsnog naar een geschoolde gedragstherapeut verwijzen.

Op het spreekuur van de huisarts zullen de bovengenoemde strategieën, te weten de geruststelling, het opsporen van ver-

keerde cognities, adviezen ten aanzien van *exposure in vivo*, ontspanningsoefeningen, positieve waardering van vooruitgang en het aanmoedigen van lichamelijke activiteit, altijd wel aan bod komen.

Nieuw is het advies om hierbij vooral gestructureerd te werken, duidelijk uit te leggen aan de patiënt welke diagnose er is gesteld, welke behandelvorm wordt gekozen en waarom, en vooral wanneer verbetering mag worden verwacht.

Een positieve, niet-defensieve benadering van de huisarts en het gevoel bij de patiënt dat zij deskundig wordt begeleid maakt de kans op succes aanzienlijk groter. Duidelijke uitleg door middel van een folder kan hierbij van waarde zijn.

Zo gebeurde het ook bij Mirjam. Van de positieve ervaring met deze vorm van therapie maakte de huisarts met succes gebruik bij een latere terugval.

Al met al maakt een gestructureerde aanpak het werken met patiënten met angst en paniek een stuk aantrekkelijker.

Literatuur

- 1 Neomagus GJH, Terluin B, Aulbers LJP, Hekman J, Van Heest FB, Van der Meer K, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 1997;40(4):167-75.
- 2 Paniekstoornissen. Folder van de Stichting Fobieclub Nederland. Postbus 209, 3970 AE Driebergen.
- 3 Van Rijsoort Mirjam S. Cognitieve therapie bij paniekstoornis met of zonder agorafobie. In: Bögels Susan M, Van Oppen Patricia, redacteurs. Cognitieve therapie in theorie en praktijk. Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- 4 Van Boeijen CA, Oosterbaan DB, Van Balkom AJLM, Van Dijk R. Hypochondrie. Ned Tijdschr Geneesk. 1998;142(33):1849-51.
- 5 Van Balkom ALJM, Van Dijk R. Gecombineerde therapie bij angststoornissen. In: Den Boer JA, Westenberg HGM, redacteurs. Leerboek angststoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- 6 Scholing A, Emmelkamp PMG. Sociale Fobie. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.



Cassandra Raving (pencil, chalk & wash on paper) by Henry Fuseli (Fussli, Johann Heinrich) (1741-1825)
Ashmolean Museum, Oxford, UK/Bridgeman Art Library