

Paniekaanval

WAT IS HET PROBLEEM?

Een paniekaanval kenmerkt zich door een intense angst die onverwacht en acuut opkomt en binnen tien minuten een piek bereikt. Daarbij treden vier of meer van de volgende verschijnselen op: trillen of beven, transpireren, misselijkheid of maagklachten, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, hartkloppingen, benauwdheid of het gevoel te stikken, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers, duizeligheid, gevoelens van derealisatie of depersonalisatie en de angst om dood te gaan, gek te worden of de controle te verliezen.

Door schaamte en angstvermijdend gedrag komen patiënten vaak pas laat in beeld. Ook benoemen en herkennen patiënten paniekaanvallen niet altijd als zodanig. Zij richten zich dan op de lichamelijke verschijnselen, wat voor de huisarts misleidend kan zijn.

WAT MOET IK WETEN?

Naast lichamelijke klachten kunnen ook frequent consulteren of niet samenhangende, wisselende of onverklaarde lichamelijke klachten op paniekaanvallen wijzen. Van elke 14 volwassene krijgt er één tussen zijn 18^e en 65^e paniekaanvallen. Paniekaanvallen kunnen erg op somatische aandoeningen lijken, zoals hartritmestoornissen, pneumothorax, astma of hyperthyreoïdie. Het is verraderlijk dat paniekaanvallen ook samen met somatische aandoeningen voorkomen of erdoor veroorzaakt kunnen worden.

Een paniekstoornis kenmerkt zich door recidiverende, niet-voorspelbare paniekaanvallen, waarbij de patiënt tussen de aanvallen door bang is een nieuwe paniekaanval te krijgen. Naast abnormale angst is er dan aanhoudend subjectief lijden en/of belemmering van het sociaal functioneren. Een op de drie mensen met paniekaanvallen heeft een paniekstoornis, maar ook bij andere angststoornissen en depressies kunnen paniekaanvallen optreden. Daarnaast hebben mensen met paniekaanvallen een verhoogd risico op alcoholmisbruik en een verhoogd suïciderisico.

Wat betreft de behandeling is er vooral evidence over paniekstoornissen: zelfhulp met minimale begeleiding en internet-based interventies zijn effectief als eerste stap. Kortdurend (tot een week) kunnen benzodiazepinen nuttig zijn zoals bij aanvang van de behandeling met een SSRI, maar de kans op afhankelijkheid is groot. In de vervolgbehandeling is cognitieve gedragstherapie minstens zo effectief als farmacotherapeutische behandeling. Bij de medicamenteuze behandeling zijn SSRI's eerste keus vanwege hun relatieve veiligheid.

WAT MOET IK DOEN?

Contact maken, de vraag verhelderen en de tijd nemen voor de intakefase van het consult zijn bij deze patiënten extra belangrijk. Ga na of er sprake is van paniekaanvallen en beoor-

deel of er een onderliggend somatisch probleem is. Evalueer dit laatste zonder angst voor een somatische ziekte onnodig te bekrachtigen. Vraag de stemming uit en ga na of er sprake is van een paniekstoornis of een andere angststoornis: sociale angsten, oncontroleerbaar piekergedrag, traumatische gebeurtenissen en herbeleving, dwanggedachten en/of -handelingen of specifieke angsten. Vraag ook naar alcoholgebruik en suïcidaliteit. Inventariseer hoelang de paniekaanvallen bestaan, of er een luxerende factor is, in hoeverre de paniekaanvallen het functioneren beïnvloeden en of er sprake is van vermijding. Begin afhankelijk van de ernst en de aan- of afwezigheid van een psychiatrische stoornis zelf met psycho-educatie en begeleiding of verwijs naar de ggz. Wanneer er sprake is van een paniekstoornis is een zelfhulpgroep een optie. Cognitieve gedragstherapie of een antidepressivum is de volgende stap als de patiënt geen zelfhulp wil, als er geen verbetering is na zes tot acht weken zelfhulp of bij ernstig lijden of sociaal disfunctioneren.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat paniekaanvallen veel voorkomen, vaak goed te behandelen zijn en geen bedreiging vormen voor de gezondheid. Stimuleer de patiënt om actief te worden of te blijven en om zo min mogelijk vermijdingsgedrag te vertonen. Moedig hem aan stressoren in de werk- of privésituatie aan te pakken. Geef uitleg over de angstcirkel en laat hem eventueel een angstdagboek bijhouden of een angsthiërarchie opstellen. Bespreek bij een angststoornis de mogelijkheid van verwijzing en eventuele medicamenteuze behandelingen. Verwijs ook naar de informatie over angstklachten en -stoornissen op www.thuisarts.nl of naar de website van de Angst, Dwang en Fobiënstichting www.adfstichting.nl. ■

LITERATUUR

- 1 Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;2:68-77.
- 2 Batelaan NM, De Graaf R, Van Balkom AJLM, Vollebergh W, Beekman ATF. De epidemiologie van paniek. Tijdschrift voor Psychiatrie 2006;48:195-206.
- 3 Van Balkom ALJM, Van Vliet IM, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie). Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, en het EMGO+ Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; P. van den Dungen, aiotho; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts en senior onderzoeker • Correspondentie: hwj.vanmarwijk@vumc.nl