

# Hartziektefobie; een gedragstherapeutisch werkmodel voor behandeling

DOOR DR. J. W. G. ORLEMANS\*, PSYCHOLOOG, EN R. J. A. TEN DOESSCHATE\*, ASSISTENT PSYCHIATRIE

## INLEIDING

In dit artikel wordt een therapeutisch werkmodel beschreven dat wij sedert enkele jaren toepassen op patiënten, die ongegronde angsten hebben voor lichamelijke klachten. Men zou kunnen spreken van een ziektefobie als algemene categorie, waarin zich allerlei op specifieke ziekten gerichte angsten kunnen voordoen, zoals hartziektefobie, hersenbloedingfobie, kankerfobie, enzovoort. Het woord fobie duidt op het ongemotiveerde karakter van de angst en het woord ziekte op werkelijk bestaande lichamelijke sensaties of klachten.

Hoewel wij reeds in 1972 begonnen met dit werkmodel, is het in 1975 systematischer opgezet en op grotere schaal toegepast (ongeveer 30 patiënten). Het leek ons, alvorens met onderzoek te beginnen, noodzakelijk eerst een stuk ervaring op te doen met deze combinatie van technieken die overigens elk op zich reeds bekend zijn uit de literatuur.

In dit artikel beperken wij ons tot de beschrijving van die behandelingstechnieken, welke de huisarts in zijn praktijk kan toepassen zonder in een langdurig en complicerend psychotherapeutisch proces verwickeld te raken. Wij zijn er van overtuigd dat de huisarts, die deze patiënten in een vroeg stadium ziet, de beste kansen heeft de klachten te couperen en toeneming daarvan te voorkomen.

De ziektefobie, i.c. de hartziektefobie wordt in ons werkmodel opgevat als een combinatie van lichamelijke klachten (bijvoorbeeld bepaalde pijnen) en ongemotiveerde angsten daarover (bijvoorbeeld „Ik krijg een hartinfarct”). Het ongemotiveerde karakter van die angst heeft geleid tot de benaming fobie en zo

\* De auteurs zijn verbonden aan de afdeling Psychiatrie van de Katholieke Universiteit te Nijmegen (hoofd: Prof. Dr. S. J. Nijdam). De klinische behandelingen vonden plaats in Kliniek Overwaal te Lent.

\*\* Wij gaan overigens voorbij aan de pogingen van verschillende auteurs (zoals *Richter & Beckmann*) om groepen symptomen in clusters bij elkaar te brengen teneinde tot diagnostische differentiaties te komen. Dit is een van de onderwerpen voor voortgezet onderzoek.

komen wij tot de naam ziektefobie, omdat de lichamelijke klacht ten onrechte de vrees oproept dat deze een symptoom is van een ernstige ziekte.

Uiteraard moet dan eerst een lichamenlijk onderzoek hebben plaatsgevonden, waaruit blijkt dat de lichamelijke klachten van functionele aard zijn, in elk geval geen symptomen zijn van ziekte. Dat dit geen eenvoudige zaak is behoeft in dit verband niet te worden uitgelegd, evenmin op welke wijze een dergelijk onderzoek moet worden uitgevoerd. Het hier beschreven werkmodel wordt toegepast zodra het lichamenlijk onderzoek geen aanwijzingen heeft opgeleverd voor lichamelijke afwijkingen.

Ter voorkoming van spraakverwarring zij er op gewezen dat onder de term klacht in deze tekst steeds wordt verstaan lichamelijke disregulaties met of zonder pijnsensaties die niet terug te voeren zijn op aanwijsbare biologische defecttoestanden. Ook een fobie zou als klacht bestempeld kunnen worden; in deze tekst echter blijft die term beperkt tot de lichamelijke disregulaties.

Het beschreven werkmodel is in principe van toepassing op elke ziektefobie. Dat wij ons hier beperken tot hartziektefobie hangt samen met het relatief frequente aanbod van dit soort patiënten.

Bovendien is de arbeidsintensiviteit voor de arts bij deze vorm van ziekte erg groot. Angst voor een acute dood eist onmiddellijke interventies, vaak in de nacht. Bij ongemotiveerde angsten zoals voor kanker enzovoort is dit meestal niet het geval.

De naam hartziektefobie is gekozen omdat de vele benamingen in de literatuur geen van alle voldoen. *Tabel 1* bevat de meest voorkomende namen en is samengesteld uit overzichten van *Michaelis*; *Richter en Beckmann*; *Cohen, White en Johnson*; en *Cohen*, aangevuld met nog enkele andere.

Geen van de daarin vermelde benamingen dekt volledig de wisselende symptomatologie van de patiënt die lijdt aan ongemotiveerde angst voor een ernstige hartziekte. Van neurose in de klasieke zin van het woord hoeft bijvoorbeeld niet altijd sprake te zijn. Functionele stoornissen zijn meestal wel, maar

---

**Samenvatting.** Hartziektefobie. Symptomatologie en vóórkomen van hartziektefobie worden besproken. Voor de therapie wordt een werkmodel gebruikt waarbij er vanuit wordt gegaan dat zowel cognitieve factoren (aandacht, etiketteren, anticiperen) als lichamelijke klachten (bijvoorbeeld veroorzaakt door hyperventilatie en aërofagie) bij de patiënten een circulair proces in stand houden. Er wordt ingegaan op de factoren die invloed hebben op dit circulaire proces. Verschillende ingangen voor therapie, zowel wat betreft de cognitieve – de fysiologische component als de gedragscomponent worden aangegeven. De relatie hartziektefobie - hartinfarct wordt besproken. Enkele casus worden beschreven. De tekst van door de auteurs gebruikte brochures over hartziektefobie en hyperventilatie wordt weergegeven.

---

niet altijd aanwezig (soms is er alleen sprake van een vage pijn) en een duidelijk symptomencomplex is er evenmin. De angst voor een (ernstige) hartziekte staat meestal centraal zodat wij voor de benaming hartziektefobie hebben gekozen. De ervaring wijst uit dat met het verdwijnen van deze angst de klachten meestal sterk verminderen en in elk geval minder imponeren.

## SYMPTOMATOLOGIE

De verscheidenheid van symptomen is nog veel groter dan die van de benamingen. *Richter en Beckmann*; *Michaelis*; *Cohen, White en Johnson*; en *Wheeler* geven bij elkaar 75 symptomen, waarvan er negen bij alle vier worden genoemd, namelijk: pijn op de borst, algemene malaise, benauwdheid, hartkloppingen, parasthesiën, beven, duizeligheid, slaapproblemen en angst te sterven. Deze negen symptomen treft men overigens alle aan in het hyperventilatiesyndroom (*Wahl*; *Defares*). Zie voor een uitvoerige beschrijving van de symptomatologie ook *Kits van Waveren*. \*\* Ervan uitgaande dat elke emotie drie constituerende elementen bevat, namelijk fysiologische, cognitieve en gedragscomponenten zouden de symptomen als volgt kunnen worden gerubriceerd: a fysiologische symptomen; bijvoorbeeld tachycardie, transpireren, parasthesiën, enzovoort;

b cognities, bijvoorbeeld de verwachting van een hartaanval, van doodgaan, het opmerken van allerlei nieuwe verschijnselen;

c gedragingen, bijvoorbeeld voortdurend vermijden alleen te zijn, zorgvuldig allerlei lichamelijke inspanning vermijden, veel alcohol drinken, bepaalde bewegingen maken, enzovoort.

## VÓÓRKOMEN

*Richter en Beckmann* geven een literatuuroverzicht betreffende het vóórkomen van de hartziektefobie. Het ziektebeeld zou bij 2 tot 5 procent van de totale bevolking voorkomen. De schattingen van het vóórkomen in de huisartspraktijk liggen rond de 10 procent, in de cardiologische praktijk tot 40 procent.

De ziekte komt familiair voor – zelfs in die mate dat men, niet beter wetend, geneigd zou zijn over een dominant erfelijke ziekte te spreken – voornamelijk bij adolescenten en jonge volwassenen. Van alle gesignaleerde gevallen blijkt 84 procent ouder te zijn dan 21 jaar en jonger dan 45 jaar (*Richter en Beckmann*). Over de geslachtsverdeling zijn de meningen uiteenlopend; sommige auteurs vinden een voorkeur voor het vrouwelijke, andere voor het mannelijke geslacht.

## DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Uitvoerig ingaan op de differentiële diagnose valt buiten het kader van dit artikel. *Richter en Beckmann* noemen angina pectoris, gastro-cardiale symptomcomplex, cervicale syndroom, hyperthyreose, feochromocytoom, hyperventilatiesyndroom en vasoregulatieve asthenie. Cafeïnisme (*Greden*) ontbreekt in deze rij. *Michaelis* noemt nog temporale epilepsie. Het merendeel van deze diagnoses spreekt voor zichzelf. Wat betreft het cervicale syndroom verwijzen wij naar het artikel van *Kemp*. Het opnemen van het hyperventilatiesyndroom en het gastro-cardiale symptomcomplex (naar het etiologisch moment ook wel aërofagie genoemd) lijkt dubieus, daar deze syndromen worden gezien bij de meeste patiënten met een hartziektefobie.

Wat betreft de verdere differentiële diagnostiek en het voor de (differentiële) diagnose noodzakelijke (aanvullend) onderzoek verwijzen wij naar de meer specifieke literatuur over dit onderwerp (*Richter & Beckmann*).

Tabel 1. Overzicht van de in de literatuur gebruikte benamingen voor hartneurose/hartziektefobie.

Naam	Auteur
Functionele angina pectoris	Forbes (1833)
Nervöses Herzklopfen	Stokes (1853)
Hyperkinesis cordis	Oppolzer (1867)
Irritable heart	Da Costa (1871)
Agorafobie	Westphal 1(1872)
Angstneurose	Freud (1895)
Effort syndrome	Medical research committee (1918)
Neurozirkulatorische Asthenie	Oppenheimer en anderen (1918)
Functional cardiovascular disease	Friedman (1947)
Anxiety reaction	American psychiatric Association (1952)
Herzhypochondrie	Bräutigam (1956)
Organneurose des Herzens	Stokvis (1959)
Herzphobie (Kardiophobie)	Kulenkampff en Bauer (1960)
Hypertone Regulationsstörungen mit dynamisch-labiler Blutdruckregulierung	Mechelke (1962)
Sympaticovasale Anfälle	Polzer en Schober (1962)
Para-dyscardie	Delius (1964)
Herzangstsyndrom	Michaelis (1970)
Da Costa syndrom (ook gebruikt voor hyperventilatiesyndroom Bräutigam & Cristian (1973)	geciteerd door Michaelis (1970)
Somatization psychogenic cardiovascular reaction	geciteerd door Cohen (1949)
Somatization psychogenic asthenic reaction	zonder bronvermelding
Nervous exhaustion	

Het is belangrijk te bepalen of de patiënt eerst verwezen moet worden naar een cardioloog. Het lijkt ons niet juist als de huisarts routinematig verwijst naar een cardioloog. De etikettering kan er door versterkt worden („mijn huisarts vertrouwt het ook niet”) en een negatief cardiologisch onderzoek neemt de angst (en dus de etikettering) meestal niet weg. Als de huisarts toch verwijst naar de cardioloog, terwijl hij dit niet duidelijk geïndiceerd acht (maar bijvoorbeeld omdat de patiënt insisteert), moet hij dat duidelijk stellen. Het is in dergelijke gevallen raadzaam de verwijsbrief door de patiënt te laten lezen en dit laatste feit ook in de brief te vermelden. Ook de cardioloog weet dan dat de patiënt gebukt gaat onder angst en hij kan hiermee rekening houden.

## THERAPIE

Behalve verschillende vormen van psychotherapie wordt in de literatuur medicamenteuze therapie genoemd, waarbij het gehele arsenaal van de huidige psychofarmaca wordt aanbevolen. Ook bèta-receptor-blokkers worden gebruikt (*Delius; Jefferson*). Verder worden nog bewegingstherapie, hydrothe-

rapie en lichamelijke training (*Holmgrin en anderen; Bollinger*) genoemd. *Kits van Waveren* citeert White, die schrijft dat: „simple reassurance and the passage of time” evengoed helpt als welke vorm van psychotherapie ook.

Deze summier opsomming van therapeutische mogelijkheden biedt weinig houvast voor de praktijk. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of de genoemde therapieën altijd of alleen onder bepaalde omstandigheden geïndiceerd zijn. Ook is het niet duidelijk waarom ze worden toegepast. Bewegingstherapie zonder meer zou de ziektefobie zelfs kunnen versterken, namelijk in die gevallen waarin de patiënt bang is geworden voor lichamelijke inspanning.

Het behandelingsmodel dat we hierna beschrijven is voornamelijk een poging de verschillende oorzaken van de ziektefobie op te sommen en daaruit verschillende behandelingsmogelijkheden af te leiden. Wij gaan daarbij uit van het onderscheid tussen lichamelijke klachten enerzijds en ongemotiveerde angsten anderzijds.

Het model heeft een hypothetisch karakter maar is erg bruikbaar gebleken bij de ongeveer dertig patiënten, waarop wij het hebben toegepast. Hoewel het in de

bedoeling ligt de verschillende hypothesen in onderzoek te toetsen, leek het ons toch gerechtvaardigd nu reeds tot een publikatie over te gaan. De praktijk ligt nu eenmaal vaak voor op de theorie en het feit bijvoorbeeld dat over hyperventilatie het laatste wetenschappelijke woord nog niet is gesproken, hoeft de huisarts er niet van te weerhouden aan dit probleem toch iets te doen.

#### BEHANDELINGSMODEL

In de behandeling moeten goed worden onderscheiden de lichamelijke klachten en de fobie. De patiënt klaagt over pijn op de borst, duizeligheid, tintelen in vingers enzovoort en is erg bang dat dit wijst op een naderend infarct. Die angst overheerst het beeld en is moeilijk te beïnvloeden. Cardiologisch onderzoek kan deze angst wegnemen, maar vaak veranderen de klachten en laait de angst weer op. Bovendien, zo redeneert de patiënt, voel ik toch voortdurend allerlei vervelende dingen, dus moet er iets zijn. Dit telkens terugkerend beeld van klachten → angst → geruststelling → klachten (vaak andere) → angst kan zich over jaren uitstrekken.

Het meest opvallende is dus de angst (de hartziektefobie) en de relatie tussen klacht en angst. Op deze relatie richt zich de eerste stap van de behandeling. Van de resultaten zal het afhangen of er nog verdere stappen moeten volgen.

De relatie tussen klacht en angst komt tot stand door cognitieve processen als etiketteren, anticiperen en aandacht. Als een patiënt pijn in de borst voelt en deze toeschrijft aan een naderend infarct, plakt hij op het verschijnsel een etiket dat een bron van angst wordt (de technische term voor etiketteren is attributie). Angst (spanning) kan lichamelijke verschijnselen oproepen (bijvoorbeeld pijn in de borst) en zo is de cirkel rond. Klacht → etiket → angst → klacht. Als de patiënt geen klachten heeft kan het etiketteren plaatsmaken voor anticiperen („zou ik het terugkrijgen“). Deze angstige verwachting kan, zoals elke vorm van spanning, klachten oproepen die weer geëtiketteerd worden. De pro-

cessen van etiketteren en anticiperen brengen mee dat de patiënt zijn aandacht zeer sterk vestigt op bepaalde lichaamszones. Aandacht kan de waarnemingsdrempel verlagen zodat allerlei sensaties worden opgemerkt die onder normale omstandigheden niet worden gevoeld. Deze sensaties zijn weer vatbaar voor etikettering. De relatie klacht – fobie komt dus tot stand door cognitieve processen en wel zodanig dat klacht en fobie elkaar in stand houden (zie *figuur 1*, bovenste helft van de ellips).

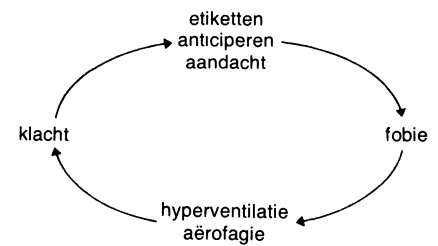
Deze relatie wordt vaak ondersteund of versterkt door hyperventilatie en/of aërofagie. Angst verandert het ademhalingsritme zodat hyperventilatie kan ontstaan. Het is ook mogelijk dat de patiënt het benauwd krijgt en „naar lucht happt“. Hij slikt lucht in en krijgt klachten door deze aërofagie. Beide verschijnselen roepen soms zeer nare, lichamelijke reacties op die zich uitstekend lenen voor etiketteren. Het circulaire proces, waarin klacht en fobie elkaar in stand houden, is weergegeven in *figuur 1*.

Volgens *figuur 1* zijn in het circulaire proces twee kringlopen te onderscheiden. Een die altijd aanwezig is wil er sprake zijn van ziektefobie, namelijk de kringloop: klacht – cognitie – fobie – klacht en een die vaak deze eerste kringloop versterkt, doordat processen als hyperventilatie zich voegen tussen de angst en de klacht. De pijlen die van buitenaf naar elk van de schakels uit de kringloop wijzen, zijn bedoeld om aan te geven dat de bewuste schakel ook door factoren buiten de kringloop kan worden beïnvloed.

Juist omdat het over een kringloop gaat, is het startpunt niet altijd precies aan te geven. Aërofagie kan ontstaan door angst (naar lucht happen) maar bijvoorbeeld ook door een verkeerde manier van eten. In zo'n geval vloeien de klachten voort uit aërofagie en ontstaat vervolgens de kringloop. Zie *figuur 2*.

Het is dan mogelijk dat de angstreacties hyperventilatie teweegbrengen en/of aërofagie en dan ontstaat tevens de grote kringloop.

*Figuur 1. Het circulaire proces, waarin klacht en fobie elkaar in stand houden.*



De kringloop kan ook beginnen bij angst die hyperventilatie oproept. In dat geval start de kringloop bij de onderste schakel, namelijk bij hyperventileren. Zie *figuur 3*.

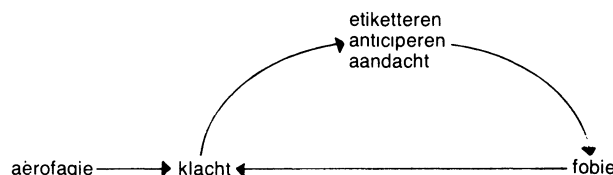
Voor de behandeling maken dergelijke verschillen niet zoveel uit omdat de eerste stap steeds gericht is op het doorbreken van het circulaire proces door de cognities te veranderen en in te grijpen op hyperventileren en/of aërofagie, als dat nodig blijkt. Over de procedures van deze stap volgen nog nadere gegevens.

Na de eerste stap kunnen drie dingen gebeuren.

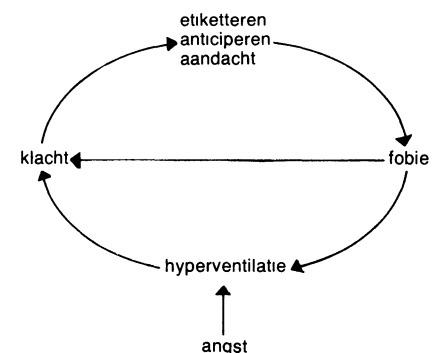
- 1 klachten en fobie verdwijnen, behandeling stopt;
- 2 klachten en fobie blijven (nemen wel af, blijven hetzelfde): stap 1 herhalen en eventueel stap 2 (zie verder) inzetten;
- 3 fobie verdwijnt, klacht blijft: stap 3 (andere oorzaken van klacht opsporen en behandelen).

Het accent van de behandeling blijft in eerste instantie liggen op het beëindigen van de fobie. Zolang deze blijft bestaan, blijft het circulaire proces doorgaan of is er een grote waarschijnlijkheid dat het circulaire proces weer wordt geactiveerd. Stap 2 is dan ook gericht op uit-

*Figuur 2. Voor verklaring zie tekst.*



*Figuur 3. Voor verklaring zie tekst.*



breiding van procedures die de fobie moeten doen verdwijnen. Stap 3 richt zich op die oorzaken van de klachten, die buiten het circulaire proces liggen; deze kunnen van lichamelijke en/of psychische aard zijn. In *figuur 4* worden de drie stappen geprojecteerd op het circulaire proces. Uitdrukkelijk moet worden gewezen op de mogelijkheid, soms de noodzakelijkheid dat de stappen in elkaar overvloeien. De eerste stap is steeds dezelfde. Afhankelijk van de resultaten daarvan worden de volgende stappen gezet en wel afzonderlijk of tegelijk, in hun geheel of bij gedeelten.

#### EERSTE STAP: DOORBREKEN VAN HET CIRCULAIRE PROCES

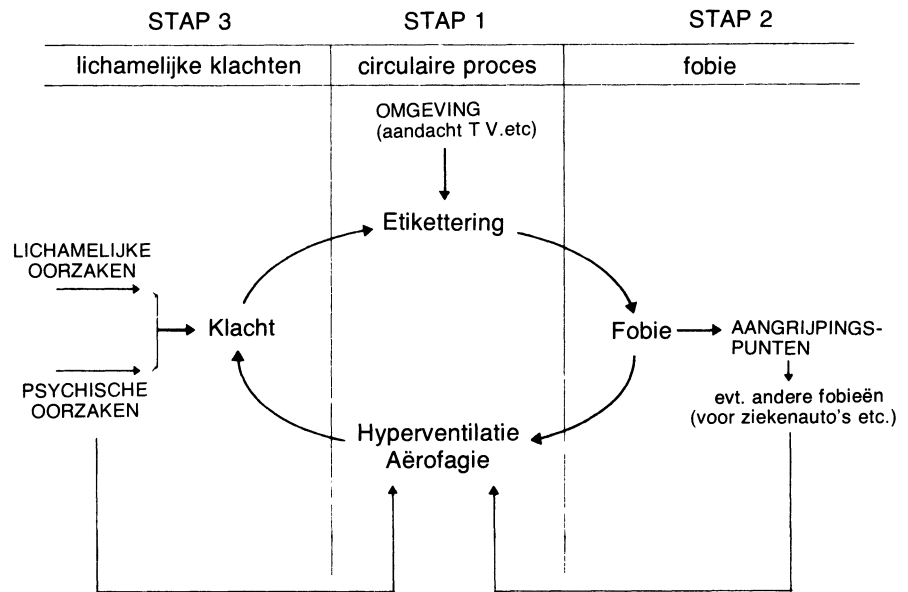
De eerste stap betreft dus de cognities, de hyperventilatie en/of aërofagie. Afzonderlijke bespreking van de drie onderdelen betekent niet dat zij in de eerste stap van de behandeling ook afzonderlijk worden toegepast. Het eerste contact met de patiënt betreft steeds een onderzoek naar alle drie processen en afhankelijk van de bevindingen daaruit worden accenten gelegd op een of twee daarvan.

#### 1 COGNITIEVE PROCES

Als de patiënt leert inzien hoe het proces van etiketteren, anticiperen en aandacht geven inwerkt op zijn angst én op zijn klachten, is al veel gewonnen. De behandeling begint daarmee. Wij geven een korte uitleg die meestal direct wordt herkend, wij leggen dan de relatie tussen angst en ademhaling en doen de provocatietest (zie sub 2). Als de patiënt veel last heeft van boeren en een opgeblazen gevoel in de buik heeft, wordt tevens het mechanisme uitgelegd van aërofagie. Zo'n korte mondelinge uitleg roept vaak zeer veel herkenningen op. De arts kan er meteen adviezen aan verbinden en geeft vervolgens de brochure mee waarin het circulaire proces zeer omstandig wordt uitgelegd (desgewenst beperkt hij zich tot het laatste stuk over hyperventilatie).

Onze ervaring is dat het merendeel van de patiënten, ook degenen met alleen lagere school, deze brochure voldoende begrijpen om er profijt van te hebben. Er zij voor gewaarschuwd deze brochure niet als een routine mee te geven zonder follow up. Het blijft uiteraard mogelijk een mondelinge uitleg te geven, aangepast aan de aard van de patiënt. Hoe eenvoudig de tekst ook lijkt, patiënten die daadwerkelijk deze angsten hebben, zullen de mondelinge toelichting én de

*Figuur 4. Projectie van de drie stappen van de behandeling op het circulaire proces, waarin klacht en fobie elkaar in stand houden.*



op hen afgestemde therapie nodig hebben. Het verdient zelfs aanbeveling de patiënt daags hierna al voor een kort gesprek te laten terugkomen. Vragen kunnen worden beantwoord en de eventuele gegeven opdrachten kunnen worden geëvalueerd.

Als het niet lukt de patiënt ervan te overtuigen dat hijzelf de klachten (mede) in stand houdt, heeft het weinig zin de rest van de behandeling af te werken, tenzij deze juist bijdraagt tot inzicht. De provocatietest bijvoorbeeld kan de doorslag geven om dit inzicht te accepteren. Onze ervaring is dat de meeste patiënten dit inzicht vrij snel overnemen, al heel gauw (vaak na de tweede zitting al) een stuk minder paniek ervaren en alleen nog de vage angst overhouden dat het toch terug zal komen (vorm van anticiperen). Bereid hen er op voor dat dit wellicht zal gebeuren doch dat er dan een denkgewoonte in het spel komt die, net als roken en dergelijke, zeer hardnekkig kan zijn.

In feite is de etikettering een soort zelf-indoctrinatie die verdwijnen moet, desnoods met behulp van een andere zelf-indoctrinatie. Zo laten wij soms dergelijke patiënten zo'n dertig keer per dag in zichzelf zeggen: „Wat ik voel is wel lastig, maar niet gevaarlijk“. De therapie is hier een kwestie van didactiek en van een goede relatie met de patiënt, waarbinnen deze zich vrij voelt ongestraft alle objecties te maken die in hem

opkomen. Als de patiënt uit angst voor de autoriteit van de arts meteen overal ja en amen op zegt, verandert er in feite niets.

De experimentele gegevens waarop de cognitieve technieken berusten zijn afgeleid van de zogenaamde attributietheorie. De kern van die theorie is dat de oorzaken, welke wij zelf toekennen (attributie) aan ons gedrag, tevens van invloed zijn op dat gedrag. Als bijvoorbeeld roken, obesitas of depressie worden beschouwd als erfelijk bepaald (toekennen van oorzaak), zal er weinig motivatie zijn dit gedrag te veranderen. Als vage pijnen in de hartstreek worden toegeschreven aan een hartkwaal, kan men zich alleen nog onder behandeling stellen van een cardioloog. De zelfwerkzaamheid houdt op, de oorzaken worden gelegd buiten de persoonlijke invloedssfeer en het resultaat is machteloosheid.

Door *Schachter* is experimenteel onderzoek verricht, passend in deze theorie van attributie of etikettering (*Nisbeth en Schachter; Schachter; Schachter en Singer*). Het uitgangspunt van *Schachter* is Festinger's hypothese over de evaluatieve behoefte van de mens. Fysiologische veranderingen bijvoorbeeld willen wij evalueren door ze van een „etiket“ te voorzien, door ze een naam en dus een cognitieve inhoud te geven. Dezelfde fysiologische veranderingen kunnen een verschillend etiket en daarmee een verschillende inhoud krijgen, zoals woede, angst, vreugde. Wie voor een bepaald

verschijnsel als een disregulatie geen onmiddellijke verklaring heeft zal dit etiketteren in termen van cognities waarover hij beschikt.

Een voorbeeld van *Schachter's* experimenteel onderzoek verliep, schematisch weergegeven, als volgt. Proefpersonen zouden meedoen aan een zogenaamd onderzoek over de uitwerking van „emotie-verwekkende psychofarmaca”. Aan sommigen werd tevoren gezegd dat zij positieve (vreugde), aan anderen dat zij negatieve (depressies) emoties zouden oproepen. In feite veroorzaakte het farmacon slechts enkele fysiologische veranderingen. De resultaten lagen in de aangeduide richting. De eerste groep beleefde de autonome veranderingen als aangenaam, de tweede als onaangenaam. Ter evaluatie van de bespeurde veranderingen, maakten zij gebruik van de hun door *Schachter* aangeerde etiketten.

Hoewel de attributietheorie nog heel wat experimenteel onderzoek vergt, biedt zij voor de klinische praktijk belangrijke aanknopingspunten (*Vroom; Burg*).

## 2 HYPERVENTILATIE

Hyperventileren is te snel en/of te diep ademhalen, tengevolge waarvan een reeks lichamelijke klachten optreden die samen het hyperventilatiesyndroom worden genoemd. *Wahl* zegt daarover dat dit syndroom voor het eerst werd beschreven door Goldman in 1922, die twee vormen onderscheidde, namelijk de acute aanvallen en de mildere chronische vorm.\* Hij vermeldt bovendien dat de diagnose nog steeds problemen oplevert. Vaak worden de klachten gehouden voor een cardiovasculaire ziekte met alle gevolgen van dien (versterking van etiketteren). Een zeer eenvoudige methode voor de diagnosesstelling is het opwekken van de symptomen door de patiënt twee tot drie minuten snel en diep te laten ademen (diep en snel hijgen met open mond). Als de resulterende symptomen erg lijken op de klachten waarmee de patiënt kwam, is het hyperventilatiesyndroom praktisch zeker aanwezig. De therapie kan zeer gevarieerd zijn naar gelang van de hardnekkigheid van de verkeerde ademhalingsstechniek. De in de brochure genoemde methoden van

\* Zie voor uitvoeriger uiteenzetting *Defares* die tevens recente Nederlandse publikaties aanhaalt.

het plastic zakje en een stuk tuinslang (de laatste methode is te prefereren) zijn zeer bekend maar meestal onvoldoende. Zij zijn uitermate geschikt om paniekaanvallen te beheersen maar niet om de ademhalingsstechniek te veranderen. Met enkele eenvoudige instructies (buikademhalen, het ritme regelen volgens het schema van de brochure, de opdracht om dit tweemaal daags te oefenen) zijn naar onze ervaring de meeste patiënten te helpen.

Hyperventilanten krijgen nogal eens het advies yogalessen te gaan volgen. Zonder ook maar enigszins afbreuk te willen doen aan de waarde van dergelijke oefeningen, adviseren wij de arts toezicht te houden op de vorderingen. Enkele van onze patiënten waren geruime tijd lid van een yogagroep zonder dat dit van gunstige invloed was op hun hyperventileren. Doorverwijzen heeft zin als blijkt dat genoemde, eenvoudige technieken ontoereikend zijn. In dat geval verwijzen wij met een schriftelijke toelichting naar iemand met wie een gemakkelijke communicatie mogelijk is (fysiotherapeut, bewegingstherapeut, yogaleraar, spraakleeraar; vooral de laatste lijkt de meest aangewezen). Het is echter raadzaam dat de arts de controle op de patiënt houdt omdat hyperventilatie slechts een van de mogelijke oorzaken van de klachten kan zijn. Naar gelang van de resultaten moet de arts beoordelen of hij meer technieken gebruikt.

De provocatietest is uiteraard niet een feilloos instrument voor de diagnose. Op het moment dat de patiënt hyperventileert in opdracht van de arts, kan de etikettering van de verschijnselen meteen anders zijn en derhalve weinig angst oproepen. Hieruit blijkt hoe de genoemde componenten van de emotie elkaar ook wederzijds beïnvloeden.

Volgens *figuur 1* leidt etiketteren tot angst terwijl angst hyperventileren kan oproepen. De relatie tussen angst en ademhaling is experimenteel reeds zeer vaak aangetoond. Wij beperken ons hier tot enkele dierexperimenten:

Schapen werden geconditioneerd op een toon, die werd gevolgd door een elektrische schok. Na verloop van tijd trad bij het horen van de toon een toenevende ventilatie op. Als later, soms na maanden, de schapen in het conditioneringsapparaat werden gezet zonder herhaling van het experiment, werd een uur nadien een ademhalingsritme geconstateerd dat tweemaal sneller was dan het

normale. Het behoeft nauwelijks betoog dat de talloze lichte of sterke fobische reacties op stimuli als hoge gebouwen, rijden in een auto, en dergelijke vaak nauwelijks merkbare veranderingen te weeg kunnen brengen in het ademhalingsritme.

## 3 AËROFAGIE

Tegelijk met of in plaats van hyperventilatie kan de patiënt lucht inslikken. Wij veronderstellen dat de relatie tussen aërofagie en angst dezelfde is als tussen hyperventilatie en angst. De ingeslikte lucht blijft in het maag-darmkanaal in schuim gevangen, hetgeen zowel mechanisch als reflectoïr tot klachten leidt. De patiënt klaagt over een drukkend gevoel en soms pijn links in de bovenbuik, boeren, hartkloppingen (!), obstipatie/diarree en dergelijke. De klachten verminderen vaak na boeren.

Deze klachten zijn uitstekend te verhelpen met middelen die de schuimvorming tegengaan, zoals methylpolysiloxaan bevattende preparaten. Dergelijke middelen zijn Polysilane, Kestomatine en Mylanta. Deze middelen hebben geen bijwerkingen en kunnen ook als diagnosticum worden gebruikt (*Rider en Moeller*). Het verdient aanbeveling het middel aanvankelijk regelmatig voor te schrijven en daarna „indien nodig”, zodat het effect voor de patiënt goed merkbaar is. Voorbeeld: Polysilane midy gel 3 dd een soeplepel, een half uur voor de maaltijd gedurende 14 dagen, daarna bij klachten een soeplepel gel of een tablet Polysilane midy. Uitleg aan de patiënt over dit verschijnsel ondersteunt uitstekend de procedure van heretikettering. Bij enkele patiënten bleek de behandeling van de aërofagie voldoende om de klachten te doen ophouden.

Overigens wordt in de literatuur het onderscheid tussen het gastrocardiale symptomencomplex en aërofagie niet duidelijk gemaakt. Onze veronderstellingen en over het ontstaan en over de relatie met hartziektefobie zullen nader moeten worden onderzocht.

## TWEDE STAP: BEHANDELING VAN DE FOBIE

Een sterke emotie (dus ook een fobie) wordt niet alleen gekenmerkt door cognities, maar ook door fysiologische reacties en door gedrag. Als de hartziektefobie, die vooral langs cognitieve weg ontstaat (etiketten) ook gepaard gaat met sterke fysiologische reacties en veel ver-

mijdingsgedrag, zal de arts aan die twee componenten eveneens aandacht moeten besteden.

#### FYSIOLOGISCHE COMPONENT

Een eerste mogelijkheid om deze enigermate onder controle te krijgen is het oefenen in spierontspanning. Wolpe, een van de bekende gedragstherapeuten, heet er nadruk op gelegd dat spierontspanning reacties oproept die worden beheerst door het parasympathisch deel van het autonome zenuwstelsel, terwijl de autonome reacties, optredende bij angst, worden beheerst door het sympathisch deel van het zenuwstelsel. De reacties van beide delen zijn vaak antagonistisch en daarom, aldus Wolpe, kan spierontspanning leiden tot angstreductie.

Hoewel deze theorie niet houdbaar wordt geacht, is wel aangetoond dat spierontspanning angst reduceert, zodat ontspanningsoefeningen een belangrijk onderdeel van de behandeling kunnen zijn als de fysiologische reactie zeer sterke vormen aanneemt. De patiënt krijgt de opdracht twee- of driemaal daags thuis te oefenen volgens bepaalde, zo mogelijk op een cassette gesproken instructies.

Wij menen dat de huisarts dergelijke oefeningen kan introduceren, omdat de meeste patiënten aan betrekkelijk weinig instructies (ongeveer vijftien minuten) voldoende hebben om zelf te oefenen. Als dit onderdeel, terwijl het toch noodzakelijk lijkt, veel problemen geeft, zou verwijzing kunnen worden overwogen.

Een tweede mogelijkheid om de fysiologische reactie te onderdrukken is het voorschrijven van psychofarmaca. Het is bijzonder moeilijk indicaties te geven voor een dergelijke therapie. Bij patiënten met beginnende klachten lijkt het in elk geval niet raadzaam; deze moeten in de eerste plaats leren door zelfcontrole de angst te onderdrukken. Het meegeven van bijvoorbeeld vijf Librium tabletten kan een ondersteuning zijn voor de therapie omdat het voor sommige patiënten een geruststellende gedachte is dat zij er over kunnen beschikken als de nood aan de man komt. Bovendien zal dan spoedig blijken of zij er te veel gebruik van maken. In zo'n geval gaat onze voorkeur uit naar tranquillizers uit de groep der benzodiazepinen zoals lorazepam (Temesta), chloordiazepoxide (Librium).

Als de patiënt zeer angstig is en de arts meent dat een regelmatig gebruik van

medicamenten noodzakelijk is, verdient het aanbeveling meteen bij het eerste voorschrift een geschreven schema van afbouw mee te geven. De patiënt moet op dit schema het gebruik invullen en precies aangeven wanneer en waarom hij ervan is afgeweken. Dergelijke nota's geven vaak waardevolle informatie over de klachten luxerende momenten. De patiënt krijgt deze medicatie alleen op recept en na inzage van de aantekeningen.

Dikwijls zijn wij geconfronteerd met patiënten die al sedert jaren tranquillizers gebruikten in alle mogelijke doseringen en variaties. Als wij bij dergelijke patiënten behoefte hebben aan een andere medicamenteuze therapie schrijven wij wel eens gedurende korte tijd een fenotiazine-derivaat voor – bijvoorbeeld thioridazine (Melleril)  $3 \times 25$  mg of eventueel  $1/2$  retard tablet (100 mg) – voor het slapen gaan. Het staken van het al maanden of jaren gebruiken van medicamenten is moeilijk. Een heel geleidelijk verminderen van de dosering, waarbij men de patiënt waarschuwt voor hiermee gepaard gaande onaangename sensaties opdat deze verschijnselen niet worden gelabeld als een lichamelijke dysfunctie) is in de regel het meest effectief. Men moet niet vergeten de patiënt te waarschuwen voor het toenemen van de droomslap dat dikwijls volgt op staken van het gebruik van benzodiazepinen. Een enkele maal maakten wij bij afhankelijkheid van medicamenten vruchtbaar gebruik van de paradoxale intentie (zie patiënt c aan het eind van dit artikel). Antidepressiva, zoals in de literatuur nogal eens worden aanbevolen (*Richter en Beckmann*) gebruiken wij slechts als een vitale depressie op de voorgrond staat, iets wat, naar onze ervaring, zeer zelden voorkomt.

Terloops zij nog opgemerkt dat het verstrekken van nitraten, digitalis, enzovoort zonder duidelijke indicatie, foutieve etikettering in de hand kan werken. De meeste mensen kennen het „tablette onder de tong” en zullen worden versterkt in de gedachte dat zij iets mankeren. Op de juiste wijze geïntroduceerd en toegepast als diagnosticum voor bepaalde klachten, kan het de „cognitieve” therapie wel versterken.

#### 2 GEDRAGSCOMPONENT

Bij het onderzoek moet de arts zorgvuldig nagaan welke gedragingen samenhangen met de angst voor hartziekte. Het komt bijvoorbeeld veel voor dat

de patiënt angst krijgt voor lichamelijke inspanning. De normale fysiologische reacties van deze inspanning worden dan opgenomen in het foutieve labelingsstelsel en worden derhalve angstbeladen.

Bepaalde motorische bewegingen, die soms een tic-achtig karakter hebben, blijken bij nader onderzoek te zijn ontstaan als afleidingsmanoeuvres voor de hartziekte-angst. Een van onze patiënten trok bijvoorbeeld voortdurend aan zijn hoofdhaar om deze pijn heviger te doen zijn dan die in de hartstreek en op deze wijze zijn aandacht af te leiden. Diverse malen hebben wij soms hele reeksen fobieën en daarmee samenhangend vermijdingsgedrag gezien, die hun oorsprong vonden in de angst voor hartziekte, zoals angst om alleen te zijn, straatvrees, angst voor ziekenhuizen, ziekenwagens, kerkhoven, enzovoort. Met de cognitieve strategieën alleen zijn deze patiënten zelden te helpen. Verwijzing naar een gedragstherapeut is in dergelijke gevallen de meest aangewezen weg omdat de behandeling van dergelijke fobieën te tijdrovend en te specialistisch is voor de huisarts.

Wanneer de gedragscomponent zich beperkt tot een of twee duidelijk te omschrijven vermijdingsgedragingen zou de huisarts in eerste instantie een klein programma kunnen voorschrijven om vervolgens aan de hand van de resultaten na te gaan of verwijzing nog noodzakelijk is. Wij nemen als voorbeeld de vrij veel voorkomende angst voor lichamelijke inspanning. De patiënt durft niet hard te lopen, te sporten, lang te fietsen, enzovoort. Een programma kan er als volgt uitzien:

a Uitleg over ontstaan van dit vermijdingsgedrag. „Inspanning levert (soms onaangename) reacties op, denk aan hardlopers bij atletiekwedstrijden. Deze worden door u als gevaarlijk gelabeld omdat zij iets weghebben van de sensaties waar u bang voor bent”.

b Uitleg over in stand blijven van dit gedrag. „Zolang u inspanning vermijdt zult u er bang voor blijven”.

c Voorstel om met kleine stapjes zich lichamelijk in te spannen. Patiënt moet notities bijhouden en na een aantal dagen de resultaten laten zien. Bijvoorbeeld een aantal keren opdrukken (laten doen in behandelkamer). Patiënt durft dit drie keer. Opdracht: tweemaal daags drie keer, daarna ontspannen en zeggen: „wat ik nu voel is normaal en ongevaarlijk”. Volgende dag viermaal, enzovoort. Hetzelfde kan men doen met hardlopen,

fietsen, touwspringen en dergelijke.

Als deze oefening geen succes heeft of misschien de angst verhoogt kan de arts een gedragstherapeut consulteren of de patiënt verwijzen. Dit laatste moet hij, zoals reeds gezegd, in elk geval doen als er een reeks vermijdingsgedragingen zijn.

Onze ervaring is dat de paniekaanvallen alleen al door de cognitieve strategieën zeer snel afnemen, en soms binnen een week bijna verdwenen zijn. Hierop bestaat meer kans als de arts aan een eerste zitting wat meer tijd besteedt (bijvoorbeeld ruim een half uur), de brochure meegeeft, meteen al huiswerk opgeeft (bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen) en vervolgens in dezelfde week de patiënt elke dag of om de twee dagen even laat terugkomen. Dingen die niet goed zijn begrepen of verkeerd worden uitgelegd kunnen dan meteen worden rechtgezet. Het zal spoedig duidelijk zijn welke patiënten hieraan voldoende hebben (vooral de „beginners”). Een follow-up na één of enkele maanden is gewenst; leg uit waarom, anders vat de patiënt het op als een controle op de hartfuncties! Wijs erop dat een vage angst voor het terugkeren van de paniek normaal is (anticiperen!), dat de klachten zelf nog lang kunnen blijven bestaan maar dat deze anders moeten worden geëtiketteerd.

Patiënten die niet voldoende hebben aan inzicht in en werken met de cognitieve strategieën kunnen aanvullingen krijgen uit de andere besproken technieken (ademhalingsoefeningen, enzovoort). Men drage zorg dat de patiënt is toegerust met technieken om een plotse opkomende paniekaanval zelf de baas te worden (tuinslang, plastic zakje).

Tenslotte zij nog opgemerkt dat het heel belangrijk kan zijn de partner van de patiënt uit te nodigen aanwezig te zijn bij de instructies. De partner reageert vaak ook met paniek op de angsten van de patiënt, versterkt de klachten vaak door aandacht en door bevestiging van het etiketteren, maar kan omgekeerd ook een belangrijke rol spelen in het afleren van deze cognitieve processen.

#### DERDE STAP: ONDERZOEK EN BEHANDELING VAN DE FUNCTIONELE KLACHTEN

Als de fobie is verminderd of verdwenen, kunnen desondanks de functionele klachten blijven voortduren. Dat betekent dat zij niet (of niet geheel) kunnen worden verklaard uit het circulaire proces zelf. In *figuur 4* hebben wij twee

groepen oorzaken aangegeven, lichamelijke en psychische.

*Lichamelijke oorzaken.* Het is niet onmogelijk dat bij het begin van het onderzoek de indruk bestaat dat alle klachten samenhangen met bijvoorbeeld hyperventileren. Een verder lichamenlijk onderzoek kan gewenst zijn als het circulaire proces inclusief de hyperventilatie afneemt, terwijl sommige, vooral goed gelokaliseerde klachten voortduren. Zo zagen wij bij enkele van onze patiënten in tweede instantie een dubieus thoracic outlet syndroom, dat mogelijk verantwoordelijk was voor de persisterende parestesieën in armen en handen.

Met nadruk zij er nog eens op gewezen dat een lichamenlijk onderzoek voorafgaat aan deze behandeling. Een eventuele herhaling van het lichamenlijk onderzoek in deze fase kan geïndiceerd zijn als er bepaalde klachten blijven bestaan terwijl er geen sprake meer is van een fobie en aanwijzingen voor psychische overbelasting ontbreken.

*Psychische oorzaken.* Het verband tussen functionele klachten en psychische belasting is bekend uit het onderzoek over stress. Als de patiënt zijn klachten niet meer etiketteert als symptomen van een infarct, met andere woorden zijn fobie ten aanzien van het somatisch verschijnsel kwijt is, ligt het zoeken naar psychosociale factoren het meest voor de hand.

De bekende metafoer van de relatieve draagkracht-draaglast kan hier goede diensten bewijzen om de patiënt te verduidelijken waaruit zijn klachten kunnen voortvloeien. De draaglast bevat de normale dagelijkse verantwoordelijkheden, taken, plichten voortvloeiend uit het werk, de sociale contacten in gezin en andere groepen. De draagkracht is datgene wat mensen aankunnen, waartegen zij bestand zijn. De een kan meer hebben dan de ander. Er zijn mensen die lange tijd, zeer lang en intensief kunnen werken, terwijl anderen op tijd moeten ophouden. De rol van de erfelijkheid kan hier worden toegelicht, omdat patiënten met een labiel autonoom zenuwstelsel zo realistisch moeten zijn, of leren dit te worden, dat zij bepaalde tekorten in zichzelf kunnen accepteren. Deze beeldspraak is voor de meeste patiënten vrij inzichtelijk en voor uitwerking vatbaar. Bijna iedereen begrijpt dat een verhoging van draaglast (dreigende werkloosheid, langdurige huwelijksconflicten, voortdurende angst, bijvoorbeeld voor hartziekte!) tot gevolg heeft dat er een gro-

tere inzet komt (compensatie). Het kan echter zijn dat de last te zwaar wordt, dat men eronder bezwijkt, overspannen wordt, allerlei klachten krijgt (decompensatie). Al naargelang de situatie van de patiënt kan deze beeldspraak verder worden uitgewerkt. Het is in elk geval van belang weer te wijzen op het mogelijk circulaire karakter van de problematiek door de hartziektefobie zelf ook als een zware belasting te zien.

Deze overbelasting waaronder iemand bezwijkt (decompenseert) levert meestal het zogenaamde surmenage syndroom op dat deze patiënten zelf vaak typeren als op hun lijf geschreven, namelijk stoornissen van bepaalde functies tot uiting komend in geringe eetlust, diarree of obstipatie, slecht slapen, libidoverlies en dergelijke; concentratiestoornissen (slecht onthouden, niet bij een verhaal kunnen blijven, slecht opnemen); sterke stemmingswisselingen (prikkelbaar, driftig worden); overgevoeligheid, bijvoorbeeld voor lawaai. Druk gepraat, huilen van kinderen, radio; allerlei vage klachten die grotendeels in een ander verband al werden genoemd, zoals druk op de maag, rugklachten, prop in de keel, enzovoort, gepaard gaande met een verhoogde aandacht (alles wordt gevoeld). Het totale beeld kan worden getypeerd als een overheersend gevoel van malaise, van onbehagen, moeheid, lusteloosheid. Bij deze klachten moet de vitale depressie in de differentiële diagnose genoemd worden.

Onze hypothese is dat de functionele hartklachten voorzover deze niet voortvloeien uit het circulaire proces, vaak de eerste tekenen zijn van het surmenage syndroom. Zij zijn de zwakke plek in het draagsysteem waarin de overbelasting het eerst doorbreekt.

Als de patiënt zijn (resterende) klachten op deze wijze leert etiketteren, als een signaal dus voor stress en als een voorbode van het surmenage syndroom, zal er geen fobie ontstaan maar wel de motivatie iets aan die draaglast te doen. Onze ervaring is dat chronische sociale angst en huwelijksproblemen veel voorkomende stressfactoren zijn. Als deze eenmaal zijn onderkend zal moeten worden gezocht naar oplossingen daarvoor. Ook overmatig lang werken (gecombineerd met veel alcoholgebruik) kan oorzaak zijn van de klacht en meer ontspanning en rust noodzakelijk maken.

Het manco zou ook kunnen schuilen in een te zwak draagkrachtsysteem. In



dergelijke gevallen decompenseert de patiënt zeer snel. Er is dan sprake van neurotische stoornissen als neurasthenie, ernstige dwang, enzovoort. Verwijzing is dan uiteraard aangewezen.

Er schijnt een verband te bestaan tussen stress en hartinfarct, zodat patiënten met een hartziektefobie terecht de vragen stellen of zij tengevolge van hun voortdurende angst uiteindelijk niet een infarct zullen krijgen. *Michaelis*, verwijzend naar twee andere auteurs, stelt dat deze relatie inderdaad is te verwachten. Inadequate therapie – en meestal is dat het geval, aldus *Michaelis* – leidt tot het chronisch worden van de angst en dit zal „die vegetative Steuerungen des Herzes sogar derart stören, dass es zur Ursache eines echten Infarktes werden kann. Und dies erscheint um so schwerwiegender und paradoxer, als man den Trägern dieser funktionellen Krankheit aus therapeutischen Gründen zu versichern pflegt, dass ihre Angst vor einem Herzinfarkt gänzlich unbegründet sei”.

Tot bijna diametraal tegenovergestelde conclusies komen *Lader* en *Marks*. Zij vinden bij patiënten, die langdurig aan angsten hebben geleden, geen verhoging in percentage van psychosomatische stoornissen als hypertensie, hartafwijkingen, maagzweren, diabetes, astma en thyreotoxicose. Hun passage bevat, in tegenstelling tot die van *Michaelis*, een aantal verwijzingen naar gericht onderzoek in dezen, zodat wij voorlopig, tegen de bijna populaire verwachting van *Michaelis* in, geneigd zijn de conclusie van *Lader* en *Marks* tot de onze te maken. Zes onderzoeken worden door hen geciteerd waaruit geen relatie is gebleken tussen chronische angststoelstanden en organische klachten. Onder angststoelstand verstaan zij het domineren van de angst in het ziektebeeld zoals dat bij de hartziektefobie ook steeds het geval is.

Het risico bestaat dat een patiënt eventuele echte symptomen van bijvoorbeeld een infarct niet meer onderkent. („Wat ik voel is wel lastig, maar niet gevaarlijk”!). Het is moeilijk te zeggen of zich hier een werkelijk probleem voordoet. In de eerste plaats zijn wij van mening dat het volstrekt uitsluiten van risico's nooit haalbaar is. De cardioloog zal na een zorgvuldig negatief onderzoek (terecht) de patiënt verzekeren dat hij organisch niets mankeert, hoewel hij daarvan nooit absoluut zeker kan zijn. De psychotherapeut is in dit geval ook niet absoluut zeker dat het gestelde probleem zich

nooit zal voordoen. Wel kan worden gewezen op het verschil in beleving van pijn, voortvloeiend uit een organische stoornis en uit psychische factoren. Vooral de hypochondrische impoerende pijn is vaak heel anders dan de somatische pijn. De lokalisatie is in het laatste geval meestal preciezer, de beschrijving soberder en minder pathetisch, de pijn zal niet zo sterk correleren met bijvoorbeeld aandachtsafleiding. Vermoedelijk zal de patiënt, die aan hartziekte-angst lijdt of heeft geleden, een heel andere ervaring krijgen en daarop ook anders reageren als hij werkelijke somatische stoornissen krijgt. Meer dan een vermoeden is deze opvatting echter niet.

Wij besluiten dit artikel met de beschrijving van enkele gevallen. Deze betreffen op één na patiënten die reeds jaren gebukt gingen onder de ziekte. De huisarts zal meestal worden geconfronteerd met patiënten die voor het eerst door deze angst worden overvallen. Kennisneming van complexere gevallen kan niettemin een illustratie zijn van de drie stappen in de behandeling, die ook bij eenvoudige gevallen alle drie kunnen worden doorlopen. In een of twee gesprekken kan iemand, die naar aanleiding van bepaalde klachten in paniek is geraakt, en tot de overtuiging komen dat etikettering een belangrijke rol speelt en de klacht leren zien als signaal van psychische belasting (bijvoorbeeld te veel werken).

*Patiënt A* is een 44-jarige man met een eigen bedrijf. Hij is gehuwd en heeft twee kinderen. Sedert vier jaar klaagt hij over aanvallen van benauwdheid, pijn links op de borst, trillende handen, duizeligheid in de zin van onzekerheid, enzovoort. Deze klachten treden aanvalsgewijs op en de frequentie is geleidelijk toegenomen. Bij een aanval wordt patiënt erg angstig en is bang een hartinfarct te krijgen. Zijn klachten hebben ertoe geleid dat hij niets alleen durft te doen en praktisch arbeidsongeschikt is. Voornoemde klachten zouden in feite al twintig jaar bestaan. Als puber heeft patiënt na het bekijken van de geslachtsorganen van een zeug de gedachte gekregen besmet te zijn met trichine. Toen hij in militaire dienst ging dacht hij dat zijn hart hierdoor was aangetast en toen hij eens onder de douche stond dacht hij dat hij een hartaanval kreeg. Patiënt is in die tijd cardiologisch onderzocht, waarbij geen afwijkingen werden gevonden. Deze on-

derzoekingen zijn ook de laatste jaren verscheidene malen herhaald zonder dat er afwijkingen werden gevonden, behoudens een verhoogde bloeddruk van 180/110 mm Hg. In verband met deze hypertensie werd patiënt nog uitvoerig internistisch onderzocht; men vond geen afwijkingen en schreef hem een zoutarm dieet voor.

Behandeling: Patiënt werd opgenomen in Overwaal omdat elke vorm van ambulante therapie mislukte. Als de klachten reeds vele jaren bestaan moet de behandeling intensief en via verschillende aangrijpingspunten (cognitie, fysiologie en gedrag) gelijktijdig worden ingezet. Bovendien is het noodzakelijk elke terugval, die in de eerste weken ongetwijfeld plaatsvindt, meteen op te vangen, willen de effecten van de voorafgaande behandeling niet geheel verdwijnen. De eerste fase werd dan ook ingezet door middel van alle voornoemde interventies voor het circulaire proces; uitvoerige mondelinge en schriftelijke informatie over dit proces; ontspanningsoefeningen; tegen-indoctrinatie („Wat ik voel is wel lastig, maar niet gevaarlijk”); ademhalingsoefeningen (inclusief de „paniekmiddelen” als tuislang); en verder specifieke gedragstherapeutische technieken als „flooding” voor het opheffen van vermijdingsgedrag.

De tweede fase (beide overlappen elkaar ruimschoots omdat aan de eerste fase steeds opnieuw aandacht moet worden geschonken) behelste vooral echtpaartherapie. De klachten van de patiënt waren in de loop der jaren een sterk storende rol gaan spelen in het interactiepatroon van man en vrouw.

De patiënt verbleef ruim een half jaar in de kliniek. Bij ontslag waren de klachten vrijwel verdwenen. Alleen autorijden beangstigde hem nog wat. Een jaar later bleek deze gunstige situatie gestabiliseerd; patiënt werkt weer normaal.

*Patiënte B* is een 30-jarige gehuwde kapster. Haar man is monteur; zij hebben een kind. Patiënte klaagt over pijn links op de borst, die niet gerelateerd is aan inspanning. De klachten zijn continu aanwezig, maar nemen bij aanvallen toe, waarbij patiënte ook klaagt over benauwdheid, paresthesieën in de linker hand, een strak gevoel rondom de mond, enzovoort. Door de klachten durft patiënte niets meer alleen te doen, zij durft zelfs niet meer alleen thuis te blijven.



Haar man moet van zijn werk thuis blijven.

Twee en een half jaar voor haar opname in Overwaal kreeg zij een acute aanval van benauwdheid en pijn op de borst. Zij werd vervoerd per ambulance en opgenomen op een hartbewakingsafdeling. Na een week werd zij ontslagen, er zouden geen afwijkingen zijn gevonden. Aan deze aanval gingen ernstige huwelijksproblemen vooraf; patiënte had in die tijd een buiten-echtelijke relatie. De eerste aanval doet anamnestic conversief-hysterisch aan.

Psychiatrisch-diagnostisch hebben wij zeker te doen met een hysterische persoonlijkheid.

Wat betreft de jeugd van patiënte moet worden gesproken van een neurotische ontwikkelingsgang. Moeder domineerde het hele gezin onder meer door dreigen met suïcide, het fingeren van een hartaanval en zelftuchtiging. Opgemerkt moet nog worden dat patiënte's intelligentie ruim boven het gemiddelde ligt. Als medicatie gebruikte zij Diazepam in vrij grote hoeveelheden (tot 30 mg per dag).

Behandeling: Ook deze patiënte werd opgenomen in Overwaal. Het conversieve karakter van de klachten deed twijfels rijzen over de behandelingsstrategie van de eerste fase. Wij hebben echter een zelfde breed opgezet programma toegepast als bij patiënt A, met als direct resultaat dat de klachten vrij snel afnamen en de panieksituaties vrijwel niet meer voorkwamen. Het vermijdingsgedrag bleek echter moeilijk te wijzigen en regelmatig verviel patiënte in de angst voor hartziekte. Voortdurend kwam zij bij de therapeuten vragen of de pijn, die zij bleef voelen, echt niet gevaarlijk was.

De enorme afhankelijkheid ten opzichte van de moeder speelde ook een rol ten opzichte van de therapeuten. De klachten hadden ook een communicatieve functie. Familie-therapie werd begonnen (patiënte, haar man en haar ouders). De ouders staakten deze therapie na de tweede zitting, maar er werd voldoende materiaal verkregen om de patiënte in staat te stellen de autoriteit van haar moeder te relativiseren. De therapeut, die zij voortdurend dwong haar gerust te stellen, maakte op een gegeven moment gebruik van de paradoxale intentie waarin hij toegaf dat zij waarschijnlijk een zeer ernstige hartafwijking had om daarmee de communicatieve functie van de klachten te couperen. Deze methode had ook effect om haar

van de medicatie af te helpen. Toen haar werd verteld dat zij waarschijnlijk haar hele leven medicatie zou moeten gebruiken, was zij in staat deze in tien dagen geleidelijk te staken. Vooral in de laatste maand werd zij voortdurend geconfronteerd met haar behoefte klachten te presenteren. Bij het ontslag was zij alleen nog bang om alleen in het donker te reizen.

Na het ontslag volgde zij nog drie maanden een groepstraining in rationele emotieve therapie. Na een follow-up van een jaar bleek zij vrijwel geen klachten meer te hebben. Zij deed toen de betekenisvolle uitspraak: „Het is heel moeilijk om van de klachten af te willen”.

Vanaf het begin van de opname stimuleerden wij patiënte veel te trimmen (zij was bang voor lichamelijke inspanning). Zij werd daarbij in het begin begeleid door een arts, later durfde zij het alleen. Haar conditie verbeterde maar ook het proces van etikettering werd er mee afgebroken. „Als ik zo'n eind hard kan lopen, moet mijn hart wel in orde zijn”.

*Patiënt C* is een 29-jarige academicus, die kort voor het eerste polikliniekbezoek huwde. Drie jaar daarvoor kreeg zijn vader een hartinfarct. Anderhalf jaar voor het eerste polikliniekbezoek bezocht hij zijn huisarts daar hij klachten had over een licht gevoel in het hoofd en pijn in zijn maag. Tijdens het onderzoek („wilt u even diep zuchten”) voelde patiënt zich beroerd worden. De huisarts stelde hem gerust. Bij het onderzoek werden geen afwijkingen geconstateerd. De volgende dag werd patiënt door zijn buurvrouw gebeld, die hem vertelde, dat haar 28-jarige echtgenoot (die een congenitale hartaafwijking had) dood in de badkamer was aangetroffen. Twee dagen later, toen patiënt rustig in een stoel zat, werd hij plotseling benauwd. Hij had hartkloppingen en tintelingen in zijn handen. Hij was bang dood te gaan. Patiënt werd door een vriend naar de Eerste Hulp-afdeling van het ziekenhuis gebracht. Bij onderzoek, waaronder een elektrocardiogram, werden geen afwijkingen gevonden. Men gaf patiënt een kalmerend tablet en stuurde hem naar huis. Patiënt bezocht de volgende dag de huisarts, die hem naar een cardioloog verwees. Een uitvoerig onderzoek, waaronder een inspanningselectrocardiogram, liet geen afwijkingen zien. Patiënt had gedurende enkele weken vrijwel geen klachten. Geleidelijk kreeg hij weer benauwdheidsaanvallen

met begeleidende vegetatieve verschijnselen en doodsangst. Patiënt bezocht de huisarts weer in toenemende frequentie. De huisarts trachtte hem elke keer gerust te stellen. Hij werd wederom cardiologisch onderzocht. Zoals te verwachten was werden weer geen afwijkingen gevonden. Daar men in verband met de prikkelingen in de vingers een neurovasculair compressie-syndroom wilde uitsluiten, werd patiënt ook nog neurologisch onderzocht. Ook dit onderzoek leverde geen afwijkingen op. Toen werd hij verwezen naar een psycholoog. Na zes of zeven gesprekken vond deze geen redenen de behandeling voort te zetten.

In verband met zijn klachten vermeed patiënt lichamelijke inspanning. Wanneer hij zich in gezelschap bevond moest hij nogal eens weggelopen daar hij bang was flauw te vallen.

Behandeling: Deze patiënt werd drie maal ontvangen. Tijdens de eerste zitting, die ongeveer een uur duurde werd informatie gegeven (zie patiëntenbrochures\*); voorts werd een provocatietest afgenomen, kreeg hij middelen om paniekaanvallen te couperen en richtlijnen voor ademhalingsoefeningen. Op een cassetterecorder kreeg hij instructies mee voor ontspanningsoefeningen. Advies: tweemaal daags gedurende 15 minuten ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen. Tevens de raad drie keer per week te gaan zwemmen en veel te fietsen.

Bij het tweede gesprek was ook zijn vrouw aanwezig met de bedoeling haar in te schakelen bij de training. Het hyperventileren had hij goed onder controle; de angst om in gezelschap flauw te vallen hinderde hem nog heel erg. Advies: bij opkomende angst in gezelschap duidelijk in zichzelf zeggen: „ik weet wat dit is, het is vervelend maar niet gevaarlijk”, vervolgens de aandacht bewust op iets anders richten. Deze procedure herhalen als de klachten terugkomen.

Hij klaagde voorts over opgeblazen gevoel in de maagstreek (bleek ook veel te boeren) zodat wij aërofagie vermoedden. Hij kreeg methylpolysiloxaan voorgeschreven.

Bij het derde bezoek, drie weken later, bleek alles redelijk te gaan. Hij had nog klachten maar kon de angst daarover couperen. Wij besloten de therapie af te

\* De patiënten-brochure: Angst voor ernstige ziekten en de patiënten-brochure: Hyperventilatie vindt men elders in dit nummer.

sluiten, hoewel dit op verzet stuitte bij patiënt. Wij hebben hem gewezen op zijn zelfcontrole en op het gevaar afhankelijk te worden van een geruststellende autoriteit. Een evaluatiegesprek na een half jaar wees uit dat er bijna geen klachten meer waren; hij deed veel aan sport.

Terloops wijzen wij er op dat veel van deze angsten, juist als bij deze patiënt, beginnen na een sterfgeval in de kennisgeving door hartinfarct. Deze angsten kregen bij deze patiënt gedurende anderhalf jaar de kans zich uit te breiden.

*Patiënt D*, een 45-jarige ambtenaar, had al 25 jaar last van „opstuwingen”, zoals hij die noemde. Het betrof vage disregulaties ter hoogte van het middenrif, soms gepaard gaande met duizeligheid. Hoewel deze man geen hartziekte-fobie had, geven wij beknopt de (poliklinische) behandeling weer om de toepasbaarheid te demonstreren van dit model op gelijkwaardige klachten.

Fase 1 werd eerst aangepakt. Hij kreeg mondelinge informatie over het circulaire proces (herkende dit duidelijk) en zou ontspanningsoefeningen doen. Merkwaardigerwijze leverde de tweede fase nauwelijks iets op. Van een bijzondere psychosociale belasting was eigenlijk geen sprake. Hij maakte tevens notities over de frequentie van de aanvallen en de omstandigheden waaronder deze optraden. Na acht sessies van anderhalf uur werd de therapie afgesloten. Hij had zijn angsten redelijk onder controle. Eén punt was blijven liggen, namelijk dat hij angst had om op een hoge stoel zonder leuningen te moeten zitten. Zijn „opstuwingen” waren dan het ergst.

Ruim een half jaar later meldde hij zich opnieuw. Alle klachten waren in verhevigde vorm teruggekomen. Het bleek dat de angst voor de hoge stoel

centraler stond dan wij dachten maar bovendien hadden wij een belangrijke factor over het hoofd gezien, namelijk dat deze klachten zich bijna uitsluitend voordeden in gezelschap.

Verdere analyse wees uit dat niet zozeer zijn eigen etiket maar de vermeende etiketten van anderen een belangrijke rol speelden. („Wat zullen de anderen van mij vinden als ik begin te zweten of te trillen”). Het niet slagen van een behandeling kan dus te maken hebben met een onjuiste gedragsanalyse. Wij waarschuwen dan ook voor een al te mechanische toepassing van deze technieken en pleiten voor een zorgvuldig onderzoek naar de factoren die een rol spelen bij de klachten.

---

*Summary. Heart disease phobia. The symptomatology and incidence of heart disease phobia are discussed. For therapy, a working model is used which presumes that both cognitive factors (attention, labelling, anticipation) and somatic complaints (caused, for example, by hyperventilation and aerophagia) maintain a circular process in these patients. Factors of possible influence on this circular process are discussed. An outline is given of several lines of therapeutic access, to the cognitive and the physiological components as well as to the behavioural component. The relation between heart disease phobia and myocardial infarction is discussed. Some case histories are presented. The text of the brochures on heart disease phobia and hyperventilation used by the authors, is likewise presented.*

---

Bollinger, A. (1967) Dtsch. Med. Wschr., 92, 1399.

Brautgam, W. en P. Cristian. Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart, 1973.

Burg, M. van der en anderen (1976) T. Psychoth., 2, 21 – 30.

Cohen, M. E. (1949) Med. Clin. N. Amer., 33, 1343 – 1364.

Cohen, M. E., P. D. White en R. E. Johnson, (1948) Arch. Int. Med., 81, 260 – 281.

Defares, P. B., Angst en hyperventilatie. In: W. M. Hirs, Hulpverleners en veranderen (11). Van Loghum Slaterus, Deventer (1975).

Delius, W. (1967) Med. Klin., 62, 1128 – 1137.

Greden, J. F. (1974) Amer. J. Psychiat., 131, 1089 – 1092.

Holmgren, A. en anderen (1958). Ärztl. Forsch., 12, 425 – 435.

Jefferson, J. W. (1974) Arch. gen. Psychiat., 31, 681 – 691.

Kemp, A. (1965) Ned. T. Geneesk. 107, 859 – 869.

Kits van Waveren, E., (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 867 – 882.

Kits van Waveren, E. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 1976 – 1985.

Lader, M. en I. Marks. Clinical anxiety. Heinemann, Medical Books, Londen 1971.

Lewis, T. (1941) Lancet, I, 531 – 535.

Michaelis, R., Das Herzangstsyndrom. Karger, Basel, 1970.

Nisbeth, R. E. en S. Schachter (1966) J. exp. soc. Psychol., 2, 227 – 236.

Orlemans, J. W. G., Inleiding tot de gedrags-therapie, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.

Richter, H. E. en D. Beckmann. Herzneurose. Thieme, Stuttgart, 1973.

Rider, J. A. en H. C. Moeller (1960) J. Amer. med. Ass. 16, 2052 – 2054.

Schachter, S., In: L. Berkowitz. Advances in experimental social psychology. Academic Press, New York, 1967.

Schachter, S. en J. E. Singer, (1962) Psychol. Rev. 69, 379 – 399.

Vroon, P. A. (1975) T. Psychother. 1, 195 – 211.

Wahl, C. W. In: S. Arieti, American handbook of psychiatry. Basic Books, New York, 1966.

Wheeler, E. O. en anderen (1950) J. Amer. med. Ass. 142, 878 – 889.

## Patiënten-brochure: Angst voor ernstige ziekten\*

DOOR J. W. G. ORLEMANS

Tegenwoordig wordt veel geschreven en gepraat over ernstige ziekten als hartinfarct, kanker, enzovoort. Dat is aan de ene kant erg goed, maar aan de andere kant ook erg vervelend. Er zijn namelijk veel mensen die dit soort ziekten beslist niet hebben, maar dat toch vaak denken. En hoe meer erover wordt geschreven en gepraat, hoe erger die angst vaak wordt. Deze mensen leven voortdurend onder

druk en voelen ook allerlei nare dingen in hun lichaam en juist omdat zij die dingen werkelijk voelen, gaan zij zich in hun hoofd halen dat zij een ernstige ziekte hebben waaraan zij elk moment kunnen overlijden. Je zou dus kunnen spreken van een ziektevrees. Zoals er mensen zijn die hoogtevrees hebben, of muizenvrees of straatvrees, zijn er ook mensen die ziektevrees hebben. Voor mensen die deze vrees hebben is deze brochure geschreven.

Ik heb telkens als voorbeeld genomen

de hartziektevrees, de angst aan een hartinfarct te overlijden. Maar bijna alles wat hier wordt gezegd, geldt voor elke ziektevrees, of dat nu een hersenbloeding is, reuma, kanker of wat ook.

Deze brochure is een soort les, zoals je die op school kreeg. Sommige mensen zijn al zo lang van school af, dat zij er misschien moeite mee zullen hebben. Dat is niet erg. Als je iets niet begrijpt, streep het dan gerust aan, dan zullen wij er over praten.

Soms wordt gevraagd iets op te schrijven

\* Zie ook het artikel, Hartziektefobie, elders in dit nummer.