



# Probeer t u eerst eens in te slapen zonder slaapmiddel

Lukt dat na een ½ uurtje niet, dan kunt u  
altijd nog Dormicum® nemen.  
Met Dormicum® slaapt u dan alsnog snel in  
en bent u 's-ochtends weer fit.

**Samenstelling:** Een tablet Dormicum® bevat als werkzaam bestanddeel midazolamlefaat overeenkomend met 15 mg of 7,5 mg midazolam. **Indicaties:** De symptomatische behandeling van slaapstoornissen. **Contra-indicaties:** myasthenia gravis en overgevoeligheid voor benzodiazepinen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Het reactievermogen kan door Dormicum® worden beïnvloed tot max. 7 uur na inname door respectievelijk sedatie, amnesie en spierverlapping. De kans op anterograde amnesie is groter in de eerste 6-7 uur na inname. Paradoxe reacties komen bij kinderen en bejaarde patiënten vaker voor. Na langdurig gebruik van een benzodiazepine moet de behandeling geleidelijk worden afgebouwd vanwege het optreden van onttrekkingsverschijnselen. In het algemeen wordt afgeraden Dormicum® voor te schrijven aan patiënten met psychosen en ernstige depressies. **Interacties:** De sedatieve werking wordt in de meeste gevallen versterkt bij gelijktijdig gebruik van psychotrope stoffen en alcohol. De biologische beschikbaarheid van Dormicum® wordt vergroot bij gelijktijdig gebruik van H2-receptorblokkerende stoffen, zoals ranitidine. **Bijwerkingen:** Bijwerkingen die gebruikelijk zijn bij lichte overdosering van benzodiazepinen zijn verminderde waakzaamheid, duizeligheid, spierzwakte en misselijkheid. Amnesie, met name vlak na het moment van inname, kan optreden. **Dosering:** Volwassenen 7,5 mg - 15 mg; bejaarden en patiënten met lever- en/of nierfunctiestoornis 7,5 mg. Het verdient aanbeveling met de lage dosering te beginnen. De tabletten kunnen direct voor het slapen gaan met wat water worden ingenomen. Opgemerkt moet worden dat bij volwassen patiënten in de meeste gevallen 15 mg voldoet en bij bejaarde en verzwakte patiënten in de meeste gevallen 7,5 mg. **Verpakkingen:** Tabletten 10 stuks en 30 stuks à 15 mg met breukgleuf (grijsblauw) en 30 stuks à 7,5 mg met breukgleuf (wit). Volledige informatie over samenstelling, indicaties, contra-indicaties, waarschuwingen, bijwerkingen en doseringen is op verzoek verkrijgbaar. Roche Nederland B.V.



# Manifestaties van angst

Dr. G. Glas,  
psychiater, Academisch Ziekenhuis  
Utrecht, Utrecht

Angst is een vaak gehoorde klacht op het spreekuur (tabel 1), hoewel de verschijnselen vaak moeilijk zijn te herkennen. Angst gaat immers niet altijd gepaard met subjectieve gevoelens en kan zich op veel manieren manifesteren (vaak met een lichamelijke klacht). Voor de behandeling is het zinvol onderscheid te maken tussen een aantal verschijningsvormen, die in dit artikel worden besproken.

*Sleutelwoorden: angst, fobie, paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis, dwang, D.S.M. IIR., observatie: zie dwang, compulsie: zie dwang.*



**O**m wat meer vat te krijgen op het verschijnsel angst, wordt wel een onderscheid gemaakt tussen fysiologische, gedrags- en belevingsmanifestaties.

De voornaamste fysiologische (of: somatische) verschijnselen van angst zijn hartbonzen en tachycardie, kortademigheid, het gevoel te stikken, druk op de borst of in de keelstreek, duizeligheid, het gevoel flauw te vallen, trillen, droge mond, transpiratie, misselijkheid, diarree, mictiedrang, tintelingen, dove sensaties, wisselend koud en warm worden. Het zijn deze verschijnselen die vaak het eerst als klacht worden genoemd bij een bezoek aan de huisarts.

Gedragsuitingen van angst zijn een gespannen houding, onrustige motoriek en voor zich uit staren. Angstige patiënten zijn vaak aanklampend in hun gedrag. Ze zoeken steun en bevestiging. Bij acute en extreme angst staart de patiënt verbijsterd voor zich uit en staat aan de grond genageld. De belangrijkste niet-acute gedragsmanifestatie van angst is echter vermijdingsgedrag. Naar vermijdingsgedrag dient gericht te worden gevraagd. Soms schamen patiënten zich ervoor, in andere gevallen zijn zij in de loop van de tijd aan hun neiging tot het vermijden van situaties gewend geraakt.

In de beleving gaat het vooral om gevoelens van onveiligheid en bedreigd-zijn. Deze gevoelens kunnen de kleur krijgen van angst voor verlies van con-

trole over zichzelf of de omgeving; in andere gevallen domineert een besef van kwetsbaarheid. Ook andere varianten zijn mogelijk, zoals hyperalertheid (op scherp staan); bezorgdheid; piekeren; gejaagdheid en prikkelbaarheid.

## Classificatie

Termen als paniekstoornis, sociale fobie en posttraumatische stressstoornis zijn de laatste tien jaar in de psychiatrie ingeburgerd geraakt. Ze zijn ontleend aan het momenteel meest gezaghebbende classificatiesysteem van de psychiatrie, het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition Revised (D.S.M. IIR.) (tabel 2). Voor de huisarts is vooral het onderscheid tussen paniek, fobie, gegeneraliseerde angst, dwang en de posttraumatische stressstoornis van belang.

## Paniek

*Casus: een 24-jarige student vertelt dat hij aanvallen heeft waarin hij plotseling kortademig wordt, transpireert en afwisselend koude en warmtegevoelens heeft. Zijn hart gaat tijdens zo'n aanval heftig tekeer. Menigmaal dacht hij aan een hartaanval te zullen overlijden, maar herhaald internistisch onderzoek heeft niets opgeleverd dat daarop zou kunnen wijzen. Niettemin maakt betrokkene zich ernstige zorgen over zijn lichamelijke toestand. Hij staat erop dat er opnieuw een E.C.G. wordt gemaakt. Uit de voorgeschiedenis wordt duidelijk dat hij zich onder studiegenoten niet geaccepteerd voelt en dat*

TABEL 1.  
Prevalentie van angststoornissen gedurende 1 maand, 6 maanden en gedurende het hele leven in vijf grote Amerikaanse steden (ECA) en in München (aantal/100).

ECA	1 mnd.	6 mnd.	leven
Angststoornissen (totaal)	7.3	8.9	14.6
Fobie	6.2	7.7	12.5
Paniekstoornis	0.5	0.8	1.6
Obsessief-compulsieve stoornis	1.3	1.5	2.5
<b>München</b>		<b>6 mnd.</b>	<b>leven</b>
Angststoornissen (totaal)		8.1	13.9
Agorafobie		3.6	5.7
Enkelvoudige fobie		4.1	8.0
Paniekstoornis		1.1	2.4
Obsessief-compulsieve stoornis		1.8	2.0

Bron: Regier et al. 1988; Wittchen 1986; 1988.

*zijn moeder een jaar geleden is overleden. Zelf legt hij geen verband tussen de paniekaanvallen en deze gebeurtenissen.*

Paniek is een plotseling en onverwacht optredende toestand van heftige angst of onwelbevinden, die gepaard gaat met een aantal lichamelijke verschijnselen.

Bij paniek is dat waarvoor men bang is in eerste instantie vaak niet duidelijk. Patiënten vertellen dat hun lichaam op hol slaat, dat ze het gevoel hebben dood te gaan, dat ze geen adem meer kunnen halen, dat hun hart tekeergaat of dat ze vreemde sensaties in hun hoofd of ledematen hebben (duizeligheid; tintelingen; doofheid). Ook misselijkheid, braken, buikpijn en diarree kunnen optreden. De aanvallen treden voor het besef van de patiënt vaak onverwacht op. Bij zorgvuldige anamnese zijn er echter

meestal toch wel aanleidingen te ontdekken, zoals ruzies, alleen-zijn, kortdurende catastrofale gedachten vaak naar aanleiding van lichaamssensaties.

Paniek is een buitengewoon verontrustende emotie. Voor het beloop is het van groot belang hoe de huisarts de eerste aanval benoemt. Uit epidemiologisch onderzoek is duidelijk geworden dat veel patiënten met paniekaanvallen worden verwezen naar cardiologen, gastroënterologen en neurologen (Markowitz et al., 1989; Shapiro et al., 1984). Ongeveer de helft van de patiënten met atypische angina pectoris blijkt te voldoen aan de criteria van de paniekstoornis (Beitman et al., 1987; Mukerji, 1987). Er zijn aanwijzingen dat patiënten met paniekaanvallen ook los van hun aanvallen neigen tot somatisatie. Anders gezegd: deze patiënten zijn verhoogd gevoelig voor lichaamssignalen en neigen ertoe

lichaamssignalen te interpreteren als bewijs voor een somatische aandoening. Daarnaast komt bij deze mensen in verhoogde mate alcohol- en geneesmiddelenmisbruik voor.

**Fobie**

De fobie is een angst die gebonden is aan bepaalde min of meer specifieke situaties en die leidt tot het vermijden van die situaties.

Wanneer paniekaanvallen aan circumscrippte omstandigheden zijn gebonden en bovendien gepaard gaan met vermijdingsgedrag, spreekt men van een fobie. Voor een fobie is het echter niet strikt noodzakelijk dat de angst de intensiteit van paniek aanneemt. Bij langdurig bestaande fobieën kan de angst zelfs geheel ontbreken. De vermijding is hier zo effectief dat er van confrontatie met angstuitlokkende situaties geen sprake meer is.

**Agorafobie**

*Casus: een 23-jarige nog thuiswonende vrouw, bediende in een personeelskantine, vertelt haar huisarts dat zij aanvallen heeft van duizeligheid en hartbonzen waarbij zij het gevoel heeft te stikken. Bij navraag blijken de aanvallen op te treden in winkels en in drukke mensenmenigten. Zonder begeleiding van één van haar familieleden durft zij de straat niet meer op uit angst een aanval te krijgen. Patiënte is bij de huisarts al langer bekend vanwege haar neiging tot somatiseren. Ze maakt een onzelfstandige indruk en deed tot voor kort alles samen met haar tweelingzus. Deze zus is echter een jaar geleden zelfstandig gaan wonen en heeft sinds kort een relatie met een vriend.*

De agorafobie is een angst voor het zich bevinden in situaties waaruit ontsnapping moeilijk is of hulp niet voorhanden in het geval van een paniekaanval. Als gevolg hiervan wordt het alleen uit huis gaan vermeden, evenals het zich bevinden in mensenmenigten en het gebruik van de auto of openbaar vervoer.

Deze vorm van fobie heeft de minst circumschreven binding aan een bepaald type situaties. Het is niet zozeer een angst voor straten en pleinen, danwel een angst voor de angst, te weten paniek-aanvallen. Zo vertelt de patiënte uit het voorbeeld, dat zij liefst niet zonder begeleiding de deur uit gaat, uit angst een aanval te krijgen zonder dat hulp voorhanden is. Dit beroep op anderen kan tot onbegrip en spanningen in de huiselijke sfeer aanleiding geven. De actieradius van de agoraphobicus is klein. Openbaar vervoer en drukke menigten worden gemedend. De gang naar het werk is vanwege de angst vaak niet meer mogelijk.

De agorafobie ontstaat sluipend, meestal tussen het 20ste en 30ste levensjaar, en komt drie keer zoveel bij vrouwen dan bij mannen voor. In een periode die, vaak achteraf, als stressvol wordt ervaren, begint het met paniekaanvallen en chronische angst. Geleidelijk, in de loop van maanden of jaren, ontwikkelt zich het vermijdingsgedrag. Patiënten mijden de straat, verliezen vrienden en kennissen en tobben over hun lichamelijk functioneren. Boodschappen doen wordt een kwelling. Op het werk aangekomen, is men vaak al uitgeput van het vechten tegen de angst. De demoralisatie kan zo groot zijn dat

zich een depressie ontwikkelt. Met het toenemen van de vermijding kunnen de paniekaanvallen geleidelijk naar de achtergrond verschuiven.

**Sociale fobie**

*Casus: een 35-jarige, enigszins schuwe boekhouder meldt zich bij zijn huisarts in verband met concentratieproblemen en piekeren. Hij blijkt al een maand niet te werken. Op zijn werk heeft hij het gevoel dat men hem uitlacht om zijn uiterlijk en manier van doen. Hij heeft geen vrienden. De dag voor hij thuis bleef, kreeg hij tijdens een vergadering een aanval, waarbij hij trilde en hyperventileerde en een sterke drang had om te vluchten. Patiënt piekert er voortdurend over wat de mensen op zijn werk van hem zullen vinden.*

De sociale fobie is een sterke angst voor situaties waarin men zou kunnen worden geconfronteerd met de kritiek van anderen of waarin men iets zou kunnen doen dat vernederend is of gevoelens van schaamte oproept. Als gevolg hiervan worden die situaties vermeden of

met zeer veel angst doorstaan. De angst voor kritiek en de angst te worden uitgelachen, staan centraal. Mensen met deze fobie voelen zich snel minderwaardig, ze tobben over hun uiterlijk en prestaties. Ze leiden een teruggetrokken bestaan en mijden sociaal contact. Meestal komt het verzoek om hulp erg laat, als er al aanzienlijke beperkingen in het beroepsmatige en sociale functioneren bestaan. De sociale fobie is vermoedelijk de meest onderschatte fobie.

**Specifieke of enkelvoudige fobieën**

*Casus: een 53-jarige vrouw komt op het spreekuur en vertelt dat zij 'het niet meer heeft' bij het zien van een spin. Hoewel ze rationeel weet dat er geen enkel gevaar bestaat, wordt ze bij het zien van een spin overvallen door een onbeschrijfelijk gevoel van angst. Ze kan niet zeggen waarvoor ze precies bang is. Het gevoel is zo sterk dat ze totaal verlamd bovenop een stoel gaat staan of zich terugtrekt in een ander vertrek tot iemand anders de spin heeft verwijderd. Ze meldt zich nu op het spreekuur, omdat ze als leidster van een zomerkamp onder nogal primitieve omstandigheden meer dan anders het risico loopt aan spinnen te worden blootgesteld.*

De enkelvoudige fobie is een sterke angst voor een scherp omschreven stimulus. Blootstelling aan die stimulus wordt vermeden of met zeer veel angst doorstaan. De binding aan een bepaald type situatie is bij deze vorm van fobie het sterkst. De meest voorkomende fobieën zijn: de fobie voor kleine dieren (spinnen, ratten en/of insecten); voor bloed, verwondingen of injecties; voor kleine ruimten

TABEL 2.  
Indeling angststoornissen volgens D.S.M.III.R.

- Paniekstoornis zonder agorafobie
- Paniekstoornis met agorafobie
- Agorafobie zonder een voorgeschiedenis van paniekaanvallen
- Sociale fobie
- Enkelvoudige fobie
- Obsessief-compulsieve stoornis
- Posttraumatische stress-stoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Angststoornis niet elders gespecificeerd

(claustrofobie); voor de tandarts; voor vliegen en voor hoogte; en voor water, onweer en/of duisternis. Slechts een kleine minderheid van de lijdens aan een specifieke fobie zoekt daarvoor hulp, meestal als het vermijden van de gevreesde situatie leidt tot onacceptabele beperkingen in het sociale en/of beroepsmatige functioneren. Herkenning levert in de regel weinig moeite op.

### Gegeneraliseerde angst

*Casus: een 36-jarige man meldt zich bij herhaling op het spreekuur met klachten over gespannenheid, slapeloosheid, duizeligheid en hartkloppingen. De huisarts kent hem als iemand die veel piekert en altijd leeuwen en beren ziet. Patiënt is herhaaldelijk naar de fysiotherapeut verwezen in verband met spanningshoofdpijn en hypertone rugmusculatuur. Bij lichamelijk onderzoek ligt hij als een plank op de onderzoektafel. De handpalmen zijn koud en de polsfrequentie is verhoogd. Bij verder vragen blijken er relatieproblemen te bestaan.*

Gegeneraliseerde angst is een chronische, niet-realistische en excessieve angst voor twee of meer levensomstandigheden. Deze angst gaat gepaard met motore spanning, autonome hyperactiviteit en hyperaltheid.

Het is een vorm van chronische angst die niet te herleiden valt tot angst voor paniekaanvallen, confrontatie met fobische of traumatische 'cues'. Hier staat het overal-tegen-opzien centraal. Mensen met gegeneraliseerde angst maken zich voortdurend zorgen. Lichamelijke angstequivalenten zijn voor het stellen van de diagnose

## IN HET KORT

De specifieke fobie is angst voor één bepaalde sterk omschreven prikkel, terwijl de gegeneraliseerde angst daarentegen een chronische en niet-realistische angst is voor meerdere, als gevaarvol ervaren gebeurtenissen in de toekomst.

obligaat, evenals het gevoel op scherp te staan (hyperaltheid, hypervigilantie).

### Posttraumatische stress-stoornis

*Casus: een 28-jarige vrouw met een al langer bestaande voorgeschiedenis van slaapstoornissen en klachten op gynecologisch gebied wordt verwezen door de eerstehulp van het ziekenhuis, waar zij de dag tevoren een maagspoeling heeft ondergaan na een suïcidepoging. Het blijkt dat zij last heeft van nachtmerries en perioden van afwezigheid. Bij verder vragen meldt zij dat ze tijdens de perioden van afwezigheid herinneringsbeelden heeft van traumatische, seksuele ervaringen op kinderleeftijd.*

De posttraumatische stress-stoornis wordt gekenmerkt door angst als gevolg van niet te stuiten herbelevingen van traumatische gebeurtenissen; daarnaast door nachtmerries, verhoogde 'arousal' en vermijding van 'cues' die op enigerlei wijze

naar het trauma verwijzen. Deze perioden van angst kunnen worden afgewisseld met perioden van emotionele verdooving en depersonalisatie.

De casus laat zien welke verschijnselen bij de posttraumatische stress-stoornis voorkomen. Hier wordt de vaak zeer heftige angst bepaald door herbelevingen van traumatische situaties, vaak incest, verkrachting of fysiek geweld. Tijdens de herbeleving maakt de patiënt vaak een afwezige indruk. Soms worden stemmen in het hoofd gemeld. Tussen de herbelevingen in zijn patiënten vaak hyperaltheid en overgevoelig voor signalen die op enigerlei manier verwijzen naar de traumatische situaties. Te denken valt aan televisiebeelden, aanrakingen (waaronder lichamelijk onderzoek), ruzie of een ruzieachtige sfeer en plaatsen waar de traumatische gebeurtenis zich heeft afgespeeld of die daarop gelijken. Confrontatie met signalen die naar het trauma verwijzen, wordt vermeden.

Bij sommige patiënten wordt in plaats van de hyperaltheid het omgekeerde gezien: een toestand van emotionele vlakheid en onbereikbaarheid. Dit verdoofd-zijn is soms moeilijk te onderscheiden van de depressie. Automutilatie kan dan een manier zijn waarop wordt gepoogd het contact met zichzelf te herstellen. Suïcidepogingen komen ook frequent voor. Uit onderzoek is gebleken dat meer dan de helft van de vrouwen die een eerste suïcidepoging doet, een voorgeschiedenis heeft van seksueel misbruik.

Krant voor de medische sector

5 november 1991

### Nautische medische radio

De Radiomedische dienst voor



de scheepvaart bestaat 60 jaar. Een jubileum waard. Pagina 2

### Verbod op tabaksreclame?

In tegenstelling tot andere organisaties in de gezondheidszorg heeft de KNMG nog geen standpunt ingenomen over de vraag of er een verbod op tabaksreclame moet komen. Pagina 3

### Arts en mensenrechten

In de 17de eeuw kwam de arts Johannes Wier al op voor de rechten van de mens. De Johannes Wierstichting houdt zijn ideeën in ere, blijkens een onlangs gehouden symposium. Pagina 5

### Discussie in "Des Indes"

In het tweede artikel n.a.v. een discussie in het Haagse hotel Des Indes over de communicatie tus-



sen eerste- en tweedelij worden diverse vormen van samenwerking tussen eerste- en tweedelij onder de loep genomen. Pagina 6 en 7

### Alternatieve geneeswijzen

In het laatste artikel over alternatieve geneeswijzen wordt ingegaan op de vraag wat de onbestemde wetenschappelijke stand van zaken inzake alternatieve geneeswijzen voor het beleid voor artsen betekent. Pagina 11

### Crombag in De Balie

In het politiek-culturele centrum De Balie hield de hoogleraar in de rechtspsychologie van de Universiteit van Amsterdam, Dr. J. Crombag, een boeiende lezing over bepaalde aspecten van de gezondheidszorg. Hij zette een misdaad vroeg bij zich af. Pagina 11

## Beroepsgroep moet zelf belang duidelijk maken

# Effecten fysiotherapie nauwelijks aangetoond

**Van de effectiviteit van fysiotherapie is nog bijzonder weinig aangetoond. Dit wil overigens niet zeggen dat fysiotherapie helemaal geen zin zou hebben. Dit staat in een rapport van de vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek van de Rijksuniversiteit Limburg.**

Het rapport bevat een analyse van tot dusver verricht onderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van de resultaten als de kwaliteitscriteria van het onderzoek worden genoemd. Het is, volgens de onderzoekers, "aan de beroepsverenigingen aan te tonen dat fysiotherapie niet alleen bij fysiotherapeuten maar ook bij patiënten

zijde problemen (lever- en nier-aandoeningen, niet-genezende breuken, reuma, artrose, ziekte van Bechterew en periartritis, doorbloedingsstoornissen), slechts gemeen hebben dat een patiënt over andere therapieën de mogelijkheden zijn te overwegen, zo deze al met fysiotherapie adequaat zijn opgezet. Het effect wordt niet alleen door de fysiotherapeut maar ook door de patiënt bepaald. Het onderzoek is uitgevoerd door de vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek van de Rijksuniversiteit Limburg. Het rapport is te downloaden op de website van de vakgroep: <http://www.fysiotherapie.nl>



Twijfel over de effectiviteit van fysiotherapie. (foto: centraal bureau fysiotherapie)

**Nieuwsblad Gezondheidszorg werpt een helder licht op gebeurtenissen in de gezondheidszorg**

**NG NIEUWSBLAD GEZONDHEIDSZORG**

medeselect management producties bv

**Onafhankelijk en objectief**

**Notitie duidelijkheid privé-klinieken**

waar komen. We antwoordt geeft op de vraag hoe dat kan worden voorkómen. Meer steun krijgt Simons van de Tweede Kamer. Het is niet duidelijk (vervolg op pagina 12, kolom 2.)



Estraderm TTS 50 1/6 st. verpakking  
Estraderm TTS 100 1/6 st. verpakking

Verdere informatie is op aanvraag verkrijgbaar  
Ciba farmacia, Postbus 241, 6800 LZ Arnhem, Tel. 085 - 65 92 00

**Aantrekkingskracht**  
Magnetisme oefent al eeuwen een grote aantrekkingskracht uit op de mens, de geëskundige belangstelling voor het verschijnsel wordt al door Hippocrates beschreven. Uit de middeleeuwen zijn zo'n 700 documenten bekend over de geëskundige toepassingen van magneten variërend van botbreuk tot waterzucht. Fysiotherapeuten gebruiken magnetetherapie voor bijna even veel-

**Meningsverschil**  
Het was het PvdA-fractielid Van Otterloo die bij de begrotingsbehandeling om een notitie vroeg. Hij erkent dat er sprake is van meningsverschil tussen de fractie en Simons. "Ik ben van mening dat je niet kunt volstaan met een loetsing of de toegankelijkheid en de kwa-

**Dwang**

*Casus: een 28-jarige vrouw vertelt dat zij niet kan ophouden met het schoonmaken en op orde brengen van haar huis. De angst dat er toch nog vuil is achtergebleven, houdt haar zo bezig dat haar nachtrust eronder lijdt. Omdat alles schoonmaken toch niet lukt, heeft zij verschillende zones in haar huis ingesteld met een uiteenlopende graad van reinheid. Langzaam heeft zij het territorium waar zij zich goed voelt, kleiner zien worden. Zij vermijdt het om de deur uit te gaan, omdat het schoonmaakritueel bij terugkomst zo tijdrovend is dat zij aan de andere noodzakelijke schoonmaakactiviteiten niet meer toekomt. Ook haar man heeft zich moeten schikken in haar rigide reinigingsrituelen. Bij thuiskomst moet hij zijn schoenen in een besmette zone uittrekken en met schone sokken de overstap naar een 'veilige' zone maken. De spanning tussen beide echtelieden is zo hoog opgelopen, dat zij zich bij het R.I.A.G.G. hebben aangemeld voor relatietherapie.*

De dwangstoornis (obsessief-compulsieve stoornis) wordt gekenmerkt door niet te stoppen gedachten, impulsen of beelden met een agressieve, seksuele of blasfemische inhoud (obsessies) en/of door zich telkens herhalende, stereotype handelingen, die een bepaald niet-realistisch gevaar moeten afwentelen (compulsies).

Ten aanzien van dwang kan onderscheid worden gemaakt tussen dwanghandelingen (compulsies) en dwanggedachten (obsessies). Zonder dat men dit wil, heeft men het gevoel gedwongen te worden iets te doen

of te denken. Het met bewuste wilspanning tegenhouden van de dwanggedachte leidt tot een sterke toeneming van angst.

**Dwanghandelingen**

Dwanghandelingen hebben meestal betrekking op de hygiëne en/of ordelijkheid en op het controleren van zaken, waarvan men zich verbeeldt dat deze zonder controlehandelingen zouden leiden tot een catastrofe. Wat betreft het eerste moet worden gedacht aan overmatig poetsen, opruimen en zichzelf wassen; wat betreft het tweede aan tamelijk gebruikelijke controlehandelingen zoals het uitdraaien van het gas of het licht en het op slot doen van deuren, maar ook aan strikt individuele preoccupaties. Zo moest een patiënte alle kranten spellen om na te gaan of op de plaatsen waar zij de afgelopen dagen was geweest geen ongeluk was gebeurd, waar zij verzuimd zou kunnen hebben hulp te bieden; een ander was zo bang bij het boodschappen doen iets te vergeten dat de hele dag werd besteed aan het opstellen en controleren van het boodschappenlijstje. Schoonmaakrituelen kunnen de dagelijkse gang van zaken ernstig verstoren, doordat ook huisgenoten aan de reinheidseisen moeten voldoen en doordat aan het schoonmaken de nachtrust wordt opgeofferd. Ook de teldwang komt regelmatig voor.

**Dwanggedachten**

Dwanggedachten hebben in de regel een agressieve, seksuele of godslasterlijke inhoud en gaan vaak gepaard met levendige voor-

**PRAKTISCHE PUNTEN**

- *Paniek aanvallen worden door de patiënt vaak geïnterpreteerd als bewijs voor een ernstig lichamelijk lijden.*
- *De belevings-, gedrags- en fysiologische verschijnselen van angst tonen onderling een aanzienlijke variatie in intensiteit: sterke fysiologische verschijnselen van angst gaan bijvoorbeeld lang niet altijd gepaard met een intense angstbeleving.*
- *De agorafobie is een fobie voor uit huis gaan; wat vermeden wordt, zijn paniek aanvallen buitenshuis.*
- *Vraag bij een eerste suïcidepoging bij een vrouw altijd naar nare seksuele ervaringen.*
- *Naar vermijdingsgedrag en naar dwangrituelen dient gericht te worden gevraagd, omdat patiënten zich ervoor schamen of omdat de verschijnselen daarvan ego-syntoon zijn geworden.*
- *Angst is pathologisch als het leidt tot beperkingen in de sociale en beroepsmatige sfeer.*
- *Bij iedere somatiserende patiënt dient gericht naar angststoornissen te worden gevraagd.*

stellingen. Een patiënte vermeed het om het keukenmes te gebruiken, omdat het zien daarvan haar dwang om te denken dat zij daarmee één van haar familieleden om het leven moest brengen.

**Besluit**

Het moeilijkst te onderkennen zijn vermijdingsgedrag en dwanggedachten en -handelingen. Hiernaar dient gericht te worden gevraagd. Daarnaast kan de arts bij paniek aanvallen, agorafobie en generaliseerde angst gemakkelijker op een dwaalspoor worden gebracht, omdat primair vaak de lichamelijke verschijnselen worden gemeld en de patiënt vooral in het verdwijnen daarvan lijkt te zijn geïnteresseerd. ■

## LITERATUUR

- 1 Beitman BD, Basha I, Flaker G, Rosear L, de, Mukerji V, Lamberti J. Non-fearful panic disorder: panick attacks without fear. Behavior Research and Therapy 1987; 25: 487-92.
- 2 Markowitz JS, Weissman MM, Quелlette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. Archives of General Psychiatry 1989; 46: 984-92.
- 3 Mukerji V, Beitman BD, Alpert MA, Hewitt JE, Basha IM. Panic attack symptoms in patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. Journal of Anxiety Disorders 1987; 1: 41-6.
- 4 Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Archives of General Psychiatry 1988; 45: 977-86.
- 5 Shapiro S, Skinner A, Kessler LG, Korff M von, German PS, Tischler GL, Leaf PJ, Benham L, Cottler L, Regier DA. Utilization of health and mental health services. Three epidemiologic catchment area sites. Archives of General Psychiatry 1984; 41: 971-8.
- 6 Wittchen H-U. Epidemiology of panic attacks and panic disorders. In: I. Hand & H-U. Wittchen (eds.), Panic and Phobias 1. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioural treatments. Springer Verlag: Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo, 1986: 19-28.
- 7 Wittchen H-U. Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: results of the Munich Follow-up Study (MFS). In: I. Hand & H-U. Wittchen (eds), Panic and Phobias 2. Treatments and variables affecting course and outcome. Springer Verlag: Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo, 1988: 3-17.

## Gemakkelijk toegankelijke Nederlandstalige literatuur:

- 8 Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & H.A. Scholing (1989), Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling. Van Loghum Slaterus: Deventer.
- 9 Wolf, M. de & Jac Hoevenaars (1985), Met angst en beven. Over angsten en fobieën. Ad. Donker: Rotterdam (hoewel dit boek primair voor patiënten is bedoeld, is het ook voor de huisarts geschikt om vertrouwd te raken met verschillende vormen van angst).

VERGOED DOOR DE ZIEKENFONDSEN

dat noem ik geen spreken meer

over **AFTEN** gesproken

**AFTEN?**

**Buccalsonone**®

opent monden die voor anderen gesloten blijven

Willpharma

OOK DE FABRIKANT VAN: TRIANAL DORSIFLEX CALMDAY C-WILL EN WILLOSPON

POSTBUS 30, 1160 AA Zwanenburg

Voor de bijsluiter, zie het repertorium 1989