



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Hypochondriasis. diagnostic issues and treatment.

Greeven, J.F.

Citation

Greeven, J. F. (2007, June 12). *Hypochondriasis. diagnostic issues and treatment*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/12082>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/12082>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Nederlandse samenvatting

Patiënten met hypochondrie zijn bang dat ze aan een levensbedreigende ziekte lijden. Deze angst vloeit voort uit een verkeerde catastrofale interpretatie van onschuldige lichamelijke symptomen. Dit betekent bijvoorbeeld dat vermoeidheid niet wordt toegeschreven aan te hard werken of een te druk sociaal leven, maar aan een beginnende tumor. De hypochondere angst kan een zodanige vorm aannemen dat de kwaliteit van leven significant verslechtert. Hypochondrie komt voor bij ongeveer 1 tot 5 procent van de Nederlandse bevolking. De prevalentie komt hiermee overeen met die van een dwangstoornis (obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)). Toch laten patiënten met hypochondrie zich minder vaak psychologisch voor hun klachten behandelen dan patiënten met OCS. Dit verschil wordt voor een belangrijk gedeelte verklaard doordat patiënten met hypochondrie zich over een grote drempel heen moeten zetten voordat ze psychologische hulp voor hun klachten zoeken. Inherent aan het ziektebeeld is namelijk de overtuiging dat ze iets lichamelijks mankeren. Zij zullen daarom vaker in de wachtkamer van de huisarts of medisch specialist te vinden zijn dan in de wachtkamer van de psycholoog of psychiater. Om diezelfde reden heeft het lang geduurd voordat de eerste psychologische behandelingen voor hypochondrie werden geïntroduceerd en onderzocht op hun effectiviteit. In dit proefschrift staan diagnostiek en behandeling van hypochondrie centraal.

In het eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de omschrijving van het begrip hypochondrie. Ook worden in dit hoofdstuk het beloop en

factoren die mogelijk gerelateerd zijn aan het ontstaan van de ziekte, differentiaal diagnostiek en bestaande behandelingen beschreven. Differentiaal diagnostiek wordt verder uitgediept in het tweede hoofdstuk waarin de overeenkomsten en de verschillen tussen OCS en hypochondrie worden onderzocht. Al in eerder onderzoek is notie gemaakt van een duidelijke overeenkomst in symptoompresentatie van beide stoornissen. Zo worden zowel OCS als hypochondrie gekenmerkt door terugkerende en hardnekkige gedachten dat er iets ergs zal gebeuren of aan de hand is (zoals besmetting met een ernstig virus bij OCS of de aanwezigheid van een dodelijke lichamelijke ziekte bij hypochondrie) en zich herhalende handelingen die gericht zijn op het voorkomen of het verminderen van de kans op het voorkomen van een bepaalde gevreesde gebeurtenis of situatie (zoals zeer frequent handenwassen bij OCS of controleren van lichaam op verdachte bultjes of plekjes bij hypochondrie). De resultaten van het onderzoek beschreven in hoofdstuk 2 toonden dat hoewel hypochondrie en OCS op het eerste gezicht overeenkomsten vertonen, het toch duidelijk verschillende en valide diagnoses zijn. Patiënten met hypochondrie hadden significant ernstigere ziekteangst, terwijl patiënten met OCS significant ernstigere dwangklachten hadden. Opvallend was wel dat patiënten met OCS net zoveel en ongeveer dezelfde lichamelijke klachten hadden als patiënten met hypochondrie. De klachten kunnen omschreven worden als stressgerelateerd, zoals gespannen en pijnlijke spieren, vermoeidheid en hoofdpijn. Hoewel het verschil in het aantal lichamelijke klachten die angst oproepen gelijk was voor beide groepen, waren patiënten met hypochondrie significant vaker bang voor hartkloppingen en pijn op de borst.

In theorieën over OCS en hypochondrie wordt gesuggereerd dat een mogelijk verschil tussen OCS en hypochondrie is dat patiënten in de eerste groep zich ervan bewust zijn dat hun dwanggedachten of dwanghandelingen overdreven of onredelijk zijn. Patiënten met hypochondrie daarentegen zouden veel minder inzicht hebben in de irrationaliteit van hun gedachten en handelingen. Daarbij zou hypochondrie gekenmerkt worden door de overtuiging aan een ernstige ziekte te lijden en OCS door de angst een ziekte op te kunnen lopen als gevolg van bijvoorbeeld besmetting. Een verschil is dus, in andere woorden, dat patiënten met OCS vooral bang zijn voor een toekomstig scenario terwijl de angst van hypochonders zich richt op iets ernstigs in het hier-en-nu.

In hoofdstuk 3 werden verschillende fenomenologische aspecten van beide stoornissen met elkaar vergeleken. In dit onderzoek werd aangetoond dat patiënten met hypochondrie vaker bang waren om een ernstige ziekte te hebben, maar ook om een ernstige ziekte te krijgen. Opvallend hierbij was dat deze twee aspecten positief met elkaar correleerden. Tevens bleek dat patiënten met hypochondrie hun gedachten en angsten over een mogelijke ernstige ziekte als onredelijker en irrationeler evalueerden dan patiënten met OCS. Deze resultaten ontcrachten het bestaande beeld van patiënten met hypochondrie met gering ziekte-inzicht. Tevens wordt de vraag opgeroepen in hoeverre ziektefobie als specifieke fobie beschreven in de DSM-IV en hypochondrie aparte ziektebeelden zijn.

Het vierde hoofdstuk handelt ook over differentiaal diagnostiek. In dit hoofdstuk worden de verschillen in psychiatrische comorbiditeit, ziekteangst en persoonlijkheidskarakteristieken van patiënten met hypochondrie en patiënten met onverklaarde pijn op de borst onderzocht.

Nederlandse Samenvatting

Hoewel onverklaarde pijn op de borst in de DSM-IV onder de categorie ongedifferentieerde somatoforme stoornis valt, is op het eerste gezicht de overlap met hypochondrie opvallend. De pijn op de borst is weliswaar medisch onverklaard, maar de klachten lijken op serieuze hartproblemen en worden ook vaak door patiënten als zodanig geïnterpreteerd. Ook uit deze studie bleken de verschillen tussen beide groepen echter aanzienlijk. Patiënten met hypochondrie hadden significant meer ziekteangst, meer comorbide angstproblemen en meer disfunctionele karaktertrekken. Zo waren zij meer geneigd gevaar uit de weg te gaan en externe omstandigheden verantwoordelijk te stellen voor hetgeen hen overkomt. Verder waren zij minder coöperatief in het contact met anderen. Geen van deze klinische en persoonlijkheidskenmerken bleek echter van voorspellende waarde voor een diagnose van hypochondrie. Toch correleerden ziekteangst en persoonlijkheidskenmerken wel met elkaar, wat een wisselwerking suggereert. Nader prospectief onderzoek zal moeten uitwijzen wat mensen gevoelig maakt voor het ontwikkelen van hypochondere klachten.

In het vijfde hoofdstuk staat het korte termijn effect van behandeling van hypochondrie centraal. In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek werden 3 behandelingen met elkaar vergeleken op de effectiviteit bij patiënten met hypochondrie volgens de DSM-IV. Patiënten werden ad random en dubbelblind (dus de zowel de arts als de patient waren niet op de hoogte) toegewezen aan een paroxetine of placebo of aan een behandeling die bestond uit cognitieve gedragstherapie (CGT). De behandelingen duurde 4 maanden. Uit dit onderzoek bleek dat CGT en paroxetine ongeveer even effectief waren in het verminderen van

hypochondere klachten. Hetzelfde gold voor andere klachten, zoals angst en somberheid. Wanneer echter specifiek gekeken werd naar het aantal patiënten dat klinisch significant verbeterde (dat wil zeggen dat hun scores op een hypochondrievragenlijst zich ontwikkelden in de richting van een gezonde populatie), dan bleek CGT licht maar significant in het voordeel. Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden dat CGT en Paroxetine beide effectieve behandelingen zijn voor patiënten met hypochondrie.

In het zesde hoofdstuk is onderzocht in hoeverre de effecten die gevonden werden op de korte termijn, beklijven na een naturalistische follow-up periode van maximaal 5 jaar. Uit dit onderzoek bleek dat de verbetering in de initiële CGT en Paroxetine groepen gestaag doorzette en dat patiënten die in de initiële placebo groep zaten een inhaalslag maakten. De superioriteit van CGT en Paroxetine ten opzichte van placebo verdween in de loop van de follow-up periode. Een verklaring hiervoor is dat diegenen die ooit in de placebo groep zaten op een later moment alsnog behandeling met CGT of paroxetine hebben ondergaan voor hun hypochondere klachten. Eveneens is opvallend dat een groot aantal patiënten uit de initiële Paroxetine groep nog steeds een antidepressivum voor hun klachten gebruikte na een periode van een aantal jaren. Kennelijk is het moeilijk om medicatie af te bouwen. Opvallend was dat patiënten die cognitieve gedragstherapie hadden gehad gedurende de follow-up periode significant minder vaak gebruik maakten van verdere psychologische en medische zorg. Hoewel de resultaten veelbelovend waren met betrekking tot de klachtreductie is te groot optimisme niet gepast. Ongeveer 53% van alle patiënten die aan de gerandomiseerde trial heeft deelgenomen rapporteert nog steeds hypochondere klachten. Dit impliceert dat een behandeling

Nederlandse Samenvatting

slechts effectief is voor een subgroep van de patiënten en dat de stoornis voor sommigen een chronisch beloop kent. Van belang is daarom om aandacht te besteden aan nazorg voor diegenen die niet voldoende baat hebben gehad bij behandeling.

In het zevende hoofdstuk werden de psychometrische kwaliteiten van de eerste door beoordelaars afgenomen vragenlijst, die de ernst van hypochondrie meet, onderzocht. Deze vragenlijst was een aangepaste versie van Y-BOCS zoals die is ontwikkeld voor het in kaart brengen van de ernst van OCS symptomen. De oorspronkelijke vragenlijst voor OCS bestond uit een subschaal gedachten en gedragingen. Voor het huidige onderzoek werd deze uitgebreid met een extra subschaal, namelijk de ernst van het vermijdingsgedrag. Tevens werd aan de subschaal gedachten een extra vraag toegevoegd die de mate van inzicht beoordeelde. Factoranalyse ondersteunde het a priori drie-factorenmodel, de interne consistentie varieerde van bevredigend tot goed en de inter-rater betrouwbaarheid was excellent. De convergente en de discriminante validiteit waren echter laag tot gemiddeld. De sensitiviteit voor verandering bleek goed. Al met al bleek de Y-BOCS voor hypochondrie een waardevolle aanvulling op de bestaande meetinstrumenten voor hypochondrie.

In het achtste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van het huidige onderzoek nog eens samengevat en worden de implicaties voor diagnostiek en de klinische praktijk besproken. Afgesloten wordt met aanbevelingen voor verder onderzoek.