



**DIAGNOSTIEK
EN BEHANDELING
VOOR DE
PROFESSIONAL**



Hypochondrie

Sako Visser

HOGREFE



Hypochondrie

DIAGNOSTIEK
EN BEHANDELING
VOOR DE
PROFESSIONAL

Sako Visser

Inhoud

1	Beschrijving van de problematiek	7
1.1	Definitie	8
1.1.1	<i>DSM-IV-TR-criteria</i>	9
1.2	Fenomenologie	9
1.3	Epidemiologie	11
1.4	Beloop en prognose	12
1.5	Differentiële diagnostiek	13
1.6	Comorbiditeit	15
2	Theorieën en modellen	17
2.1	Somatisatie	17
2.2	Symptoomperceptie en aandacht	17
2.3	Somatosensorische amplificatie	18
2.4	Neurobiologische componenten	19
2.5	Cognitief-gedragsmatig model	19
3	Diagnose en indicatiestelling	23
3.1	Diagnostische procedures	24
3.1.1	<i>Vragenlijsten</i>	25
3.1.2	<i>Beoordelingsinterview</i>	26
3.2	Probleemanalyse	26
3.3	De indicatie	30
3.4	Het behandelcontract	31
3.5	Multidisciplinaire richtlijnen	32
4	Behandeling	37
4.1	De therapeutische relatie en psycho-educatie	37
4.2	Management van de consulten	39
4.3	Geruststelling	40
4.4	Exposure in vivo plus responspreventie	42
4.4.1	<i>Werkwijze en methode</i>	42

4.4.2	<i>Problemen bij het uitvoeren van exposure in vivo plus responspreventie</i>	46
4.5	Cognitieve therapie	48
4.5.1	<i>Rationale</i>	48
4.5.2	<i>Registratie en opbouw</i>	49
4.5.3	<i>Centrale thema's bij hypochondrie</i>	53
4.5.4	<i>Problemen bij het uitvoeren van cognitieve therapie</i>	61
4.6	Behavioural stress management	62
4.6.1	<i>Rationale</i>	63
4.6.2	<i>Technieken</i>	63
4.6.3	<i>Problemen bij het uitvoeren van behavioural stress management</i>	67
4.7	Effectiviteit en prognose	67
4.8	Nieuwe ontwikkelingen	69
4.8.1	<i>Internetbehandeling van hypochondrie</i>	69
4.8.2	<i>Mindfulness-based cognitieve therapie en Acceptance and Commitment Therapy</i>	70
4.8.3	<i>Eye Movement Desensitisation and Reprocessing en flash forward</i>	71
4.9	Tot slot	72
5	Verder lezen	73
	Literatuur	75
	Appendices	
	Appendix 1 Ziekte Attitude Schaal (Illness Attitude Scales, IAS)	83
	Appendix 2 Whitley Index (WI)	87

Beschrijving van de problematiek

Casus Anneke

Anneke is 35 jaar, getrouwd en heeft geen kinderen. Ze leeft al jaren met de angst dat ze aan een vorm van kanker lijdt. Ze houdt de hele dag haar lichaam in de gaten en zodra ze iets afwijkends meent waar te nemen slaat de angst voor kanker toe. Bij keelpijn is er de angst voor keelkanker, bij afwijkende ontlasting angst voor darmkanker en bij een zere schouder angst voor botkanker. Als Anneke angstig is probeert zij eerst zichzelf gerust te stellen door uitgebreide controles van haar lichaam of de ontlasting. Dit lukt meestal niet, waarna ze geruststelling zoekt bij haar vriend en vervolgens de huisarts. In de afgelopen jaren heeft Anneke ter geruststelling de nodige medisch-specialistische onderzoeken ondergaan. Haar huisarts probeert die zo veel mogelijk in te perken, maar soms is Anneke er zo sterk van overtuigd dat er iets ernstig mis is en zo angstig dat hij haar niet kan geruststellen. Dan moet er per se specialistisch onderzoek worden uitgevoerd. Wanneer de angst toeslaat is Anneke niet in staat om te werken en blijft ze thuis. Ze is vervolgens de hele dag bezig met haar angstige preoccupaties. Haar vriend is ten einde raad, aangezien ze aldoor geruststelling bij hem zoekt, terwijl ook hij die niet kan geven.

Ongeveer twaalf jaar geleden is de moeder van Anneke aan leukemie overleden. Het was een lang en pijnlijk ziekbed. Haar moeder benadrukte dat ze er eerder bij had moeten zijn en dan misschien nog te redden was geweest. Het lijden van haar moeder heeft Anneke sterk aangegrepen en sinds die tijd is zij steeds alerter geworden op mogelijke aanwijzingen dat er iets met haar lichaam niet in orde zou kunnen zijn. Na een recent uitgebreid onderzoek bij de kno-arts in verband met mogelijke aanwijzingen voor mondkeuter, waarbij wederom niets gevonden werd, heeft de huisarts met Anneke haar angsten en preoccupaties besproken. Uiteindelijk heeft Anneke ermee ingestemd om te worden verwezen naar een angstpolikliniek voor de behandeling van haar hypochondere angsten.

1.1 Definitie

Vaak veel
medisch
specialistisch
onderzoek

Veel mensen kennen een periode in hun leven waarin ze zich zorgen maken over lichamelijke klachten of sensaties en mogelijk zelfs naar de huisarts gaan om zich te laten onderzoeken. De meeste mensen zijn na medisch onderzoek en geruststelling niet meer bezorgd. Dat is echter niet het geval bij de hypochondriepatiënt. Mensen met hypochondrie leven met de voortdurende angst of overtuiging dat ze aan een ernstige ziekte lijden. Ondanks medisch onderzoek en geruststelling blijven ze overbezorgd en angstig. Daarbij staan de verschillende vormen van kanker op nummer 1 van de lijst van gevreesde ziekten. Deze patiënten gaan op zoek naar geruststelling. Eerst in de directe omgeving bij de partner, familie en vrienden. Vervolgens bij de huisarts en wanneer dat niet voldoende blijkt bij medisch specialisten. Hypochondriepatiënten zullen slechts voor korte tijd gerustgesteld zijn en telkens weer overbezorgd en angstig worden. De behoefte aan geruststelling en verder medisch-specialistisch onderzoek neemt toe. Veel hypochondriepatiënten zijn dan ook in het bezit van een lijvig medisch dossier. Daarnaast zullen deze patiënten in toenemende mate hun lichaam in de gaten gaan houden. Door deze toegenomen aandacht registreren ze meer lichamelijke sensaties, die weer als bewijs dienen dat er toch echt iets niet in orde is. Ook zullen ze, afhankelijk van de ziekte die ze vrezen, toenemend hun lichaam gaan controleren. Iemand die ernstig hartlijden vreest, zal zijn hartslag in de gaten gaan houden en meer momenten registreren dat zijn hart onregelmatig slaat of overslaat. Als iemand bang is voor kanker zal hij zijn lichaam controleren op puistjes, bobbeltjes en vlekjes. Klieren zullen geregeld bevoeld worden en ontlasting, urine en lichaamsgewicht worden scherp in de gaten gehouden. De patiënt zal ook bepaalde activiteiten en situaties vermijden. Bijvoorbeeld inspannende bezigheden of sporten, vanwege de vrees neer te vallen met een hartinfarct. Ook sociale situaties als verjaardagen en feesten kunnen vermeden worden, omdat daar mogelijk over ziekten gepraat wordt. Veel hypochondriepatiënten vermijden ook informatie over ziekten in de media, uit angst om deze op zichzelf te betrekken, terwijl andere dergelijke informatie juist opzoeken om gerustgesteld te worden.

Hypochondrie kan zich op verschillende manieren manifesteren. Zo zijn er patiënten die slechts één enkele ziekte vrezen. Bijvoorbeeld iemand die uitsluitend bang is voor een hersentumor, maar niet voor andere vormen van kanker. Anderen gaan van de ene ernstige ziekte naar de andere, vaak afhankelijk van wat ze in hun lichaam voelen of van de informatie die op hen afkomt. Ook zijn er verschillen in de duur van de klachten. Sommige patiënten leven jarenlang met de voortdurende angst voor de gevreesde ziekte, terwijl bij andere patiënten periodes waarin ze sterke angst ervaren afgewisseld worden met periodes waarin het redelijk rustig is met de klachten. Veel hypochondriepatiënten doen ter geruststelling een onevenredig groot beroep op artsen.

1.1.1 DSM-IV-TR-criteria

In de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2000) wordt hypochondrie omschreven als een preoccupatie met de vrees of overtuiging aan een ernstige ziekte te lijden (tabel 1.1). Deze preoccupatie is gebaseerd op een interpretatie van lichamelijke verschijnselen en blijft ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling bestaan. De diagnose hypochondrie kan dus formeel niet gesteld worden zonder adequaat medisch onderzoek. De overtuiging kan sterk zijn, maar heeft niet de intensiteit van een waan, zoals bij een waanstoornis. Net zoals in het geval van Anneke is er sprake van significant lijden en beperkingen in het beroepsmatig of sociaal functioneren. De klachten bestaan minimaal zes maanden en zijn niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis. Volgens de DSM-IV-TR kan hypochondrie ook nog gediagnosticeerd worden met de specificatie 'gering inzicht'. Iemand beseft dan het grootste deel van de tijd niet dat de preoccupatie overdreven of onredelijk is. Het is daarom vaak lastig om onderscheid te maken met de waanstoornis.

Tabel 1.1 Criteria voor hypochondrie volgens het classificatiesysteem van de DSM-IV-TR

- a Er is sprake van een preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een interpretatie van lichamelijke symptomen.
 - b De preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.
 - c De overtuiging heeft niet de intensiteit van een waan (zoals bij een waanstoornis, somatisch type).
 - d De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren.
 - e De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
 - f De preoccupatie is niet toe te schrijven aan een angststoornis, depressieve episode of een andere somatoforme stoornis.
-

1.2 Fenomenologie

Bij de diagnose hypochondrie staat de vrees of opvatting te lijden aan een ernstige ziekte centraal. In de meeste gevallen zal de preoccupatie betrekking hebben op ziekten als kanker, ernstig hartlijden, aids, herseninfarcten, multiple sclerose en ernstige neurologische ziekten. Het betreft dus ziekten met een dodelijke afloop, waarbij lichamelijke sensaties en informatie over ernstige ziekten catastrofaal geïnterpreteerd worden als bewijs voor de gevreesde ziekte.

Hypochondriepatiënten proberen op verschillende manieren om de angst te verminderen:

- a Ze zoeken geruststelling.
- b Ze controleren hun lichaam.
- c Ze proberen angst oproepende situaties en activiteiten te vermijden.

**Geruststelling
zoeken**

Geruststelling zoeken is meestal een in het oog springend kenmerk bij hypochondriepatiënten. Ze vragen dan meestal eerst om geruststelling bij hun partner, familie en vrienden. De belangrijkste bron voor geruststelling vormt echter het medische circuit. De eerste en soms enige hierin is meestal de huisarts, maar in veel gevallen vragen deze patiënten om verder specialistisch onderzoek, tot aan kijkoperaties toe. Ook het circuit van alternatieve genezers kan een belangrijke bron voor geruststelling zijn. Daarnaast kunnen hypochondriepatiënten ook op zoek gaan naar geruststellende informatie uit bijvoorbeeld medische encyclopedieën, tijdschriften, websites of medische rubrieken op televisie en in weekbladen.

**Controle van
het lichaam**

Ook controle van het lichaam kan angstreductie teweegbrengen. Afhankelijk van de gevreesde ziekte wordt de hartslag gecontroleerd bij de vrees voor ernstig hartlijden, het hele of gedeelten van het lichaam op ongewenste verdikkingen, knobbeltjes en puistjes bij de vrees voor vormen van kanker, controle van spierspanning en vermoeidheid bij de angst voor multipele sclerose, onverwachte bewegingen en trekkingen bij de vrees voor bepaalde neurologische ziekten, en vermoeidheid, zweten, vreemde plekjes bij de angst voor aids. Het gaat dus om een controle van lichamelijke symptomen die passen bij de gevreesde ziekte. Behalve het lichaam wordt vaak ook de ontlasting gecontroleerd op alarmerende signalen.

**Activiteiten
en situaties**

De derde vorm van angstreductie is vermindering van angst oproepende situaties of activiteiten. Het gaat dan om situaties die met ziekten of dood te maken hebben, zoals ziekenhuizen, wachtkamers, kerkhoven; situaties waarin ziekte aan de orde kan komen, bijvoorbeeld tijdens gesprekken op verjaardagen en feestjes; informatie over ziekten die de patiënt op zichzelf zou kunnen betrekken. Ook worden inspanning en sport vermeden, uit angst dat deze schadelijke effecten zullen hebben op het lichaam en mogelijk lichamenlijk sensaties veroorzaken die weer catastrofaal geïnterpreteerd worden.

Opvallend is dat hypochondriepatiënten een zeer idiosyncratische invulling vertonen van hun geruststel-, dan wel vermijdingsgedrag (tabel 1.2). Wat de één geruststelt, wordt door een ander vermeden omdat het angst oproept. Zo heeft bijvoorbeeld het zoeken op internet voor de één een geruststellende werking, terwijl een ander dit juist te allen tijde zal vermijden. Binnen één persoon kunnen zich ogenschijnlijk onlogische combinaties voordoen van toenaderings- en vermijdingsgedrag, bijvoorbeeld doordat hij wel informatie opzoekt in een medische encyclopedie, maar geen medische rubrieken in tijdschriften durft te lezen omdat deze angst oproepen.

Tabel 1.2 Vormen van actief en passief vermijdingsgedrag bij hypochondrie

A Geruststelling zoeken

- bij partner en familieleden navragen
- consulten bij de huisarts
- specialistisch onderzoek
- medische informatie opzoeken op internet of in tijdschriften

B Controlehandelingen

- lichaam controleren, bijvoorbeeld klieren voelen en drukken, puistjes, moedervlekken, kleur van ogen of huid
- urine en ontlasting controleren
- veelvuldig in de spiegel kijken
- precies weten waar huisartsenpraktijken en ziekenhuizen zijn en daar ook de route op aanpassen

C Vermijding

- inspanning en sport vermijden (bij angst voor hartfalen)
 - confrontatie met angst oproepende informatie vermijden: geen tv-kijken of radio luisteren, geen tijdschriften lezen, niet op internet kijken
 - sociale situaties vermijden uit angst voor verhalen over ziekten, bijvoorbeeld verjaardagen, feestjes
 - niet geconfronteerd willen worden met mensen die een ziekte (gehad) hebben of zouden kunnen hebben; bijvoorbeeld bij angst voor aids de homoscene mijden
-

Let op

Hetzelfde gedrag kan bij de ene hypochondriepatiënt tot vermindering van de angst leiden, terwijl het voor de ander juist angst oproept, bijvoorbeeld op internet informatie over ernstige ziekten opzoeken.

1.3 Epidemiologie

Er is niet veel onderzoek gedaan naar het voorkomen van hypochondrie. Over het voorkomen van hypochondrie in de normale bevolking is daarom nog weinig bekend. Men heeft wel onderzoek gedaan naar de prevalentie van hypochondrie in de huisartsenpraktijk. De percentages variëren van 4 tot 9 procent (Kellner, 1986), afhankelijk van de diagnostische criteria die de onderzoekers hebben gehanteerd. Beaber en Rodney (1984) vermoeden dat hypochondrie in de huisartsenpraktijk wordt ondergediagnostiseerd. Bij een onderzoek met 109 patiënten uit de huisartsenpraktijk vonden zij een percentage van 5 procent hypochondrie. Barsky en collega's (1990) vonden in een algemene medische kliniek percentages van 4,2 tot 6,3 procent voor de diagnose hypochondrie. Noyes en collega's (1993) vonden bij 1182 patiënten

Ongeveer 5% van de bevolking heeft last van hypochondrie. Deze vaak verkeerd begrepen stoornis wordt dikwijls afgedaan als aanstellerij. Ten onrechte. Onbehandeld kan deze stoornis voor veel lijden en beperkingen zorgen. Zowel voor de persoon zelf als voor zijn omgeving. In **Hypochondrie** bespreekt Visser de diagnostiek en behandeling van deze ingrijpende stoornis.

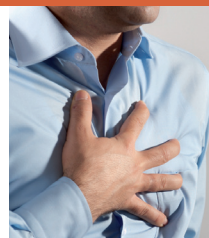
ISBN 978-90-79729-45-6



9 789079 729456

TOETS UW KENNIS OP HOGREFE.NL/TOETS

Voor elk boek in de serie wordt een digitale toets ontwikkeld waarmee u gratis uw kennis over de specifieke stoornis kunt toetsen. Na succesvol afleggen van de toets ontvangt u een certificaat dat u eventueel kunt gebruiken voor bij- of nascholing of (her)registratie.



Hypochondrie is een uitgave in de serie **DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VOOR DE PROFESSIONAL**. Deze serie voorziet [GZ en klinisch] psychologen, psychiaters en psychotherapeuten van praktische, evidence-based informatie over de diagnose en behandeling van uiteenlopende stoornissen. Op een heldere, beknopte en toegankelijke wijze worden per stoornis alle aspecten beschreven die men in de klinische praktijk tegenkomt.

Elk deel volgt dezelfde logische, gebruiksvriendelijke en overzichtelijke structuur. Tabellen, kaders met klinische casussen en koppen in de kantlijn maken de informatie snel vindbaar, terwijl checklists, handige bijlagen, en samenvattingen de informatie direct bruikbaar maken.

Sako Visser is hoogleraar gezondheidszorgpsychologie aan de Universiteit van Amsterdam en is hoofd somatoforme stoornissen bij GGZ Pro Persona. Hij is tevens hoofdopleider voor de GZ opleiding in Amsterdam.

HOGREFE

