

Casuskaart

Auteur: Adriaan Honig

Dokter, ik heb een hartinfarct



Zorgstandaard: Angstklachten en angststoornissen
Zorgstandaard: Ziekenhuispsychiatrie

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Dokter, ik heb een hartinfarct

Adriaan Honig

Zorgstandaard: Angstklachten en angststoornissen

Zorgstandaard: Ziekenhuispsychiatrie

Op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) wordt een 55-jarige man binnengebracht op verdenking van een acuut hartinfarct. Vannacht is hij wakker geworden met pijn op de borst en hij heeft de dienstdoende huisarts laten bellen door zijn vrouw. De dienstdoende huisarts heeft direct een ambulance gebeld om de patiënt naar de SEH te laten vervoeren onder verdenking van een hartinfarct. De afgelopen maand heeft de man enkele malen plotseling optredende pijn op de borst gehad, maar omdat hij nu ook acuut benauwd werd, heeft hij zijn vrouw de huisarts laten bellen. Bij navraag blijkt de pijn op de borst vooral op te treden in rust, maar ook wel tijdens traplopen.

De patiënt heeft een blanco cardiale voorgeschiedenis. Wel heeft hij een belaste familieanamnese voor hart- en vaatziekten: zijn vader is op 45-jarige leeftijd overleden aan een hartinfarct.

De dienstdoende cardioloog heeft na uitgebreid aanvullend onderzoek, zoals bloedonderzoek en ecg, geen afwijkingen geconstateerd. Zij concludeert dat er sprake is van niet-cardiaal gerelateerde angina-pectorisklachten en heeft de patiënt en zijn echtgenote gerustgesteld. De patiënt is er echter niet gerust op en dringt aan op verder onderzoek. Als mogelijke oorzaak van de pijn op de borst suggereert de cardioloog panieklachten. Met deze vraagstelling vraagt ze de psychiatrie in consult. De patiënt zegt niet te begrijpen waarom hij met de dienstdoende aios psychiatrie moet praten. Het zit volgens hem immers niet 'tussen de oren'. Hij werd vannacht wakker van pijn op de borst, voelde hartkloppingen, transpireerde hevig, was heftig angstig en ook benauwd. Bij het opstaan voelde hij zich duizelig, waarna hij weer ging liggen. Zoals bij eerdere klachten van pijn op de borst, namen deze nu na vijftien minuten af en verdwenen na een halfuur. Hij voelt zich na afloop van zo'n aanval lichamelijk uitgeput. Deze laatste aanval was echter dermate heftig dat hij zijn vrouw, die naast hem lag, wakker maakte. Zij is erg geschrokken en heeft de dienstdoende huisarts opgebeld.

De afgelopen maand heeft hij vaker dergelijke aanvallen gehad midden in de nacht, maar ook wel overdag als hij rustig de krant zat te lezen of tijdens het

traplopen. Hij heeft hiervoor eenmaal zijn huisarts bezocht, maar die kon niets vinden en heeft geprobeerd hem gerust te stellen. De huisarts vermoedde dat zijn klachten te maken kunnen hebben met zorgen die de patiënt heeft over zijn dochter die onlangs is gescheiden. Aanvankelijk was de patiënt gerustgesteld. Toen de aanvallen van pijn op de borst onregelmatig bleven komen, is zijn ongerustheid weer toegenomen. Hij is gestopt met lange afstanden wandelen, zoals hij dat normaliter minstens tweemaal per week deed samen met zijn hond. Ook beperkt hij traplopen zo veel mogelijk.

Dilemma

De aios psychiatrie constateert dat de acuut optredende hartklachten gepaard gaan met voldoende klachten die passen bij de criteria voor een paniekaanval. De aios wil de patiënt serieus nemen, maar denkt toch dat er sprake is van een paniekstoornis. Hij weet niet of iemand met een paniekstoornis de somatische klachten van de paniekaanval écht in zijn lichaam voelt, of dat hij zich deze inbeeldt. Wat zegt de supervisor?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Als een psychische oorzaak voor een lichamelijke klacht door een arts wordt vermoed, denkt een patiënt vaak dat de arts vindt dat hij zich aanstelt, zich maar wat inbeeldt, aandacht wil trekken of overdrijft. De patiënt ervaart een aantal lichamelijke klachten, namelijk symptomen die horen bij de paniekaanval. Deze somatische klachten worden door de patiënt werkelijk in zijn lichaam gevoeld. Ze zijn echter geen uiting van een primair somatische oorzaak, maar van een verstoorde relatie tussen lichaam en psyche. In eerste instantie interpreteert de patiënt deze lichamelijke klachten als behorend bij een lichamelijke oorzaak.

De patiënt kan zich door de verwijzing naar de psychiatrie afgewezen en/of niet serieus genomen voelen. Patiënten met niet-cardiaal bepaalde pijn op de borst hebben over het algemeen aanvankelijk enige weerstand tegen een psychiatrische verklaring van hun klachten. Met adequate uitleg over de relatie tussen hartklachten en stemmingsontregeling is deze weerstand meestal snel te doorbreken en kan een goede therapeutische relatie worden opgebouwd.

De relatie tussen hartklachten en stemmingsontregeling kan aan de patiënt uitgelegd worden aan de hand van het volgende voorbeeld: wanneer iemand onverwacht iets angstigs meemaakt, kan dit gepaard gaan met onaangename lichamelijke sensaties, zoals hartkloppingen, hartoverslagen of pijn in de borststreek. Er is in dat geval niets mis met het hart, maar het hart krijgt van het brein informatie die aanleiding geeft tot de genoemde lichamelijke sensaties. Dit voorbeeld uit het

dagelijks leven geeft aan hoe lichaam en geest met elkaar verweven zijn en met elkaar communiceren.



Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 3. Vroege onderkenning en preventie, 3.1 Signalen algemeen.



Zorgstandaard Ziekenhuispsychiatrie, hoofdstuk 5. Zorg rondom ziekenhuispsychiatrie, 5.2 Vroege onderkenning en preventie.

De patiënt maakt aanvankelijk een wat afwerende, verontwaardigde indruk. Hij geeft duidelijk aan moeite te hebben met dit psychiatrisch consult. Naarmate het consult vordert, wordt de patiënt mededeelzamer en aan het eind van het consult geeft hij aan het gesprek zelfs als prettig ervaren te hebben. Hij heeft het gevoel gekregen dat er serieus wordt omgegaan met zijn lichamelijke klachten die hem veel ongemak bezorgen.

De patiënt ziet er niet ziek uit en oogt conform kalenderleeftijd. Zijn bewustzijn is helder en hij is goed georiënteerd in tijd, plaats en persoon. Er zijn geen aandachts- of concentratiestoornissen. Geheugen en oordeelsvermogen zijn intact. Er is geen sprake van waarnemingsstoornissen of van formele of inhoudelijke denkstoornissen. De patiënt maakt een gespannen, wat angstige, geïrriteerde indruk; hij voelt zich niet somber. Zijn affect moduleert goed. Er zijn geen stoornissen in psychomotoriek, motivatie en gedrag.

De aios psychiatrie informeert naar gebruik en onthouding van psychoactieve stoffen en neemt een korte tractusanamnese op. Deze anamnese levert geen bijzonderheden op.

Dilemma

De supervisor bespreekt met de aios of de klachtenpresentatie, die weliswaar voldoet aan de DSM-5-criteria van een paniekstoornis, niet beter te duiden is als behorend bij een somatisch-symptoomstoornis of een ziekteangststoornis. Bent u het eens met de supervisor?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De aanvalsgewijs optredende klachten passen bij de paniekstoornis die gepaard gaat met onverwachte paniekaanvallen. De somatische klachtenpresentatie van de paniekstoornis wordt ook wel *non-fearful panic disorder* genoemd (Chen e.a., 2009). Dit subtype paniekstoornis kenmerkt zich door een somatische presentatie van panieklachten, waarbij de patiënt de angst en panieklachten ervaart als direct gevolg van de als vitaal bedreigend ervaren lichamelijke klachten. Kenmerkend vermijdingsgedrag in het kader van door paniekstoornis geïnduceerde pijn op de

borst is vermijden van lichamelijke inspanning zoals fietsen, traplopen, langere wandelingen, seksuele activiteit etc. Dit wordt ook wel 'kinesiofobie' genoemd. Wat betreft de differentiaaldiagnostische overwegingen valt te denken aan een somatisch-symptoomstoornis of een ziekteangststoornis.

De voornaamste criteria van een somatisch-symptoomstoornis zijn:

- er zijn lichamelijke klachten waar de patiënt onder lijdt of die het dagelijks leven verstoren;
- de patiënt heeft excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met de lichamelijke klachten of de hiermee gepaard gaande zorgen over de gezondheid, tot uiting komend in minstens een van de volgende kenmerken:
- disproportionele en persisterende gedachten over de ernst van de klachten;
- een persisterende hoge mate van ongerustheid over de gezondheid of de klachten;
- het excessief veel tijd en energie besteden aan deze klachten of aan de zorgen over de gezondheid;
- de symptomen zijn chronisch (meestal langer dan 6 maanden).

In deze casus zijn er geen chronische klachten en daarom is hier geen sprake van een somatisch-symptoomstoornis. Bij de somatisch-symptoomstoornis kunnen de psychische symptomen wel of niet samenhangen met een gediagnosticeerde lichamelijke ziekte. Essentieel is dat de lichamelijke klachten gepaard gaan met abnormale gedachten, gevoelens en gedrag, ongeacht de vraag of de somatische klachten gepaard gaan met een gediagnosticeerde lichamelijke ziekte.

Een ziekteangststoornis kan gemakkelijk verward worden met een paniekstoornis.

Er is geen sprake van een ziekteangststoornis, omdat de zorgen over somatische ziekten zich beperken tot hartklachten die acuut ontstaan. Patiënten met een paniekstoornis vrezen een direct optredende catastrofe (bijvoorbeeld een hartinfarct) en reageren onmiddellijk door te ontsnappen of te vermijden. Patiënten met een ziekteangststoornis vrezen de implicaties van hun symptomen op lange termijn (bijvoorbeeld aids of kanker). Bovendien is de duur van de klachten te kort (voor een ziekteangststoornis is een duur van minimaal zes maanden vereist). Ten slotte verloopt een ziekteangststoornis niet aanvalsgewijs, zoals de paniekstoornis.



Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostisch proces algemeen.

De patiënt geeft aan hinder van zijn klachten te ondervinden en zich zorgen te maken over zijn hart. Zijn klachten beperken hem in het maken van lange wandelingen en hij is in het algemeen, vanwege zijn hartklachten, bevreesd te veel lichamelijke inspanning te leveren. Zo loopt hij liever geen trappen op. Als het mogelijk is, kiest hij voor de lift, omdat hij bang is opnieuw pijn op de borst te krijgen.

Hij wil zijn werk, waaraan hij veel plezier beleeft, niet kwijt; gelukkig is dat bureauwerk waarbij hij weinig lichamelijke inspanning hoeft te leveren.

De patiënt gebruikt geen psychoactieve stoffen die gerelateerd kunnen worden aan het ontstaan van de paniekaanvallen. Zoals al is gemeld, is de tractsusanamnese blanco. Er zijn geen andere (onverklaarde) lichamelijke klachten dan de eerdergenoemde aanvalsgewijze hartklachten en de daaropvolgende moeheid. Overigens is hij lichamelijk altijd gezond geweest. Hij heeft nooit contact met zijn huisarts gehad tot enkele maanden geleden. Hij is er trots op dat hij eigenlijk in zijn hele loopbaan nooit ziek thuis heeft gezeten. 'Voor een griepje blijf ik niet thuis.'

De patiënt krijgt psycho-educatie, waarbij uitleg wordt gegeven over pijn op de borst als uiting van een paniekaanval. Daarbij wordt de relatie gelegd tussen paniekaanvallen, de ervaren lichamelijke en psychische klachten en de gevolgen ervan. De patiënt krijgt op schrift informatie mee naar huis en wordt op de hoogte gesteld van het bestaan van een patiëntenvereniging. Daarna worden behandelmogelijkheden besproken.

Dilemma

Als de aios bespreekt dat de behandeling kan bestaan uit cognitieve gedragstherapie of uit een medicamenteuze behandeling met serotonerge antidepressiva, kiest de patiënt voor de eerste optie. De aios maakt samen met de patiënt een behandelplan waarin hij aangeeft dat de behandeling uit cognitieve gedragstherapie zal bestaan. Hij brengt ter sprake dat hij graag de partner van de patiënt bij de behandeling wil betrekken. Kunt u zich vinden in dit behandelplan?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Medicatie is bij de paniekstoornis even effectief als een cognitieve gedragstherapie (CGT). Bij de meeste angststoornissen is er enige voorkeur voor om te starten met gedragstherapie, omdat dit op termijn het risico op recidief na stoppen van de behandeling verkleint. Als er sprake is van een comorbide, ernstige depressieve stoornis, dan is het te adviseren om de behandeling te starten met een antidepressivum. Ongeveer twee derde van de patiënten reageert goed op een niet-medicamenteuze behandeling. Bij deze groep patiënten verminderen de paniekaanvallen geheel. Als er agorafobisch vermijdingsgedrag is, verbetert dat ook, evenals aanwezige depressieve klachten en gegeneraliseerde angstklachten. Er zijn vele *Randomised Controlled Trials* (RCT) gedaan waarin CGT met medicatie (meestal antidepressiva) vergeleken wordt.



Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.3 Het individueel zorgplan.

Voor de behandeling van zowel het cognitieve als gedragsmatige deel (cognitieve en gedragsmatige aanpak gericht op het behandelen van de catastrofale gedachten van de patiënt respectievelijk het vermijdingsgedrag) is het betrekken van de partner van groot belang.



Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostisch proces algemeen.

Een goed geïnformeerde partner weet hoe te handelen mocht de patiënt opnieuw een paniekaanval krijgen en hem door de paniekaanval heen te coachen zonder de ambulancedienst daarbij te betrekken (doorbreken van de vicieuze cirkel).

Beloop

De patiënt en zijn echtgenote worden in eerste instantie behandeld met cognitieve gedragstherapie, waarbij de panieksymptomen worden gemonitord en de patiënt geleerd wordt hoe hij moet omgaan met panieklachten tijdens een aanval. Hierop verbetert de patiënt aanzienlijk. Hij heeft nog wel paniekaanvallen, maar bezoekt de SEH niet meer. Ook is hij, eerst samen met zijn vrouw en later alleen, weer langere wandelingen gaan maken en gaan traplopen. Beide echtelieden zijn tevreden over het beloop.

Literatuur

Chen, J., Tsuchiya, M., Kawakami, N., & Furukawa, T.A. (2009). Non-fearful vs. fearful panic attacks: a general population study from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 112, 273-278.