



Koen Schruers &
Saskia Broeckx

Paniek

EN HOE HET AAN TE PAKKEN

Lannoo
Campus

Inhoud

BIJSLUITER 9

HOOFDSTUK 1

Wat is paniek? 15

HOOFDSTUK 2

Wie krijgt het en waarom? 33

HOOFDSTUK 3

Hoe weten we dat? 67

HOOFDSTUK 4

Wat kunnen we doen? 107

TOT SLOT 153

MET DANK AAN 157

Aan Ann
Aan Erwin



Bijsluiter

Paniek. Nooit gedacht dat het mij zou kunnen overkomen, is verreweg de meest gehoorde reactie van patiënten in mijn spreekkamer bij het Academisch Angstcentrum van Mondriaan in Maastricht.

Toch kan nagenoeg iedereen een paniekstoornis krijgen. Zoals we zullen zien is de een er gevoeliger voor dan de ander, maar dat even terzijde. Bovendien komt het vaker voor dan je denkt. Iedereen kent wel iemand die het heeft, heeft gehad, of zal krijgen. Misschien weet je niet wie het is, want je ziet het er niet aan af, tenzij ... Ken je iemand die voor geen goud alleen naar de supermarkt durft te gaan, of die met de auto steevast snelwegen, bruggen en tunnels vermijdt ook al betekent dat kilometers omrijden, of die de deur van de dokter platloopt maar bij wie niets wordt gevonden? De meeste van mijn paniekpatiënten vertonen vergelijkbaar gedrag.

Waarom nu dit boek? Omdat ik kennis delen altijd belangrijk heb gevonden. Wat ik weet mogen mijn patiënten weten. Als jonge arts maakte ik er een punt van om ruim de tijd te nemen voor uitleg en ik was ervan overtuigd dat ik dat wel goed deed, uitleggen. Op een gegeven moment vroeg ik me af of wat ik vertelde ook zo goed overkwam als ik dacht. De precieze aanleiding voor deze plotse vlaag van kritische zelfreflectie ben ik vergeten, maar ik besloot mijn patiënten te vragen wat hen was bijgebleven. Die eerste poging vergeet ik nooit meer.

Vorige keer heb ik je uitgelegd wat een paniekstoornis is, hoe je eraan komt en wat we eraan kunnen doen.

Patiënt fronsst.

En nu zou ik eens willen kijken of mijn uitleg duidelijk was en waar ik die eventueel moet bijsturen. Kun je in je eigen woorden navertellen wat ik je toen heb gezegd?

...

Gênante stilte.

Daar zat ik dan met al mijn enthousiasme en naïeve zelfoverschatting. Ik ben er een week niet goed van geweest, van dat gekneusde ego. Maar gekneusd is niet gebroken en ik hield me voor dat die patiënt wellicht een uitzondering was. Dus maakte ik er een gewoonte van om na te gaan wat patiënten zich konden herinneren. Al snel werd duidelijk dat ik met mijn aanpak compleet de mist in ging. De dingen die ik zo benadrukt had, wisten ze niet meer, terwijl terloopse opmerkingen wel waren bijgebleven. Wat ik deed werkte niet, alle goede bedoelingen ten spijt. Hoe kon ik ervoor zorgen dat mijn uitleg zou blijven hangen?

Breng eens iemand mee, zei ik tegen mijn patiënten. Naar een consult komen ze normaal gezien alleen, maar tijdens een informatiesessie kon het vast geen kwaad dat hun partner of een andere vertrouwenspersoon er ook bij zou zijn. Dat bleek te kloppen. Ik merkte dat zij wat ik vertelde nauwkeuriger vasthielden dan de patiënten, vooral de meer beladen onderwerpen, zoals de behandeling. Sindsdien werken we altijd op die manier – twee onthouden meer dan één.

Zelf vroegen patiënten om geschreven informatie, zodat ze mijn uitleg nog eens rustig konden nalezen. Goed idee! En dan gaf ik ze wat documentatie mee. Ondertussen hebben patiënten de weg gevonden naar allerlei bronnen op het internet – alleen is daar veel kaf onder het koren, dus moedig ik ze aan om wat ze online vinden met mij te bespreken. Maar ik maak me weinig illusies: de kans is groot dat vooral

wat ze hebben gelezen zal blijven hangen, en dat is logisch. Daarom dus dit boek.

De spreker, dat ben ik, ondergetekende. De cover zegt dan ook: een dokter spreekt, en niet: een dokter schrijft. Vandaar dat die cover ook een tweede naam vermeldt. Saskia Broeckx heeft mij als het ware een literaire stem gegeven – ieder zijn vak. We kennen elkaar al sinds onze studententijd in Leuven en we hebben vaak van gedachten gewisseld over geneeskunde in het algemeen en over psychiatrie en mentale gezondheid in het bijzonder. Dus de samenwerking lag voor de hand. Zij heeft mijn uitspraken en anekdotes, voorbeelden en herinneringen, experimenten en ander onderzoek gekneed tot het verhaal zoals het is geworden.

Samen vertellen we wat bekend is en wat niet, wat paniek is en wat het niet is, hoe je paniek onderzoekt en wat je uit die onderzoeken kunt leren. Aan de hand van verhalen over patiënten krijg je een kijkje in mijn spreekkamer. Die patiënten zijn weliswaar geïnspireerd door patiënten uit mijn praktijk, volwassenen met ernstig ontwrichtende panieklachten met eventueel een depressie als gevolg, maar om herkenning te voorkomen zijn hun persoonlijke details fictief. Iedere gelijkenis met bestaande personen is dus toevallig. En de studenten die ik opvoer? Die studeren geneeskunde of psychologie, werken aan hun doctoraat, zijn arts in opleiding tot huisarts of psychiater, of zitten als psycholoog in een vervolgopleiding.

Dit boek is trouwens niet alleen bedoeld voor patiënten en hun omgeving, maar voor iedereen die meer wil weten over paniek – leken, studenten, huisartsen, therapeuten, medisch specialisten en andere behandelaars in de eerste lijn en verderop in de zorgketen. Kennis delen vind ik niet alleen belangrijk, als arts en hoogleraar is het ook mijn opdracht om kennis te delen en om wat ik mijn patiënten en studenten vertel toegankelijk te maken voor een groter publiek. Er blijven nog vele vraagtekens, maar we weten alsmaar meer, veel meer dan toen ik

als onderzoeker begon. Het werd dan ook hoog tijd om wat we weten op een rijtje te zetten en om eens en voor altijd af te rekenen met enkele hardnekkige mythes en misverstanden.

Waarom is dat belangrijk? Omdat panieklachten zo vaak voorkomen en omdat ze veel ellende veroorzaken, terwijl ze goed te behandelen zijn. Alleen krijgen mensen met een paniekstoornis nog te vaak niet de juiste hulp en dat vind ik dramatisch. Als meer mensen het fenomeen paniek beter begrijpen, zullen paniekpatiënten beter worden geholpen. En het mooiste van al is dat een goede behandeling niet veel hoeft te kosten. Het probleem is duur, de oplossing is dat niet.

Veel leesplezier!

Koen Schruers

Wat is paniek?

Stel je bent op een plek die je goed kent.

Plots voel je een druk opkomen – een zware, pijnlijke druk op je borst.

Je hart begint te bonzen.

Je krijgt het benauwd en moet naar adem snakken. Je kunt niet dóórademen.

Je gaat zweten, koud zweet.

Je vingers tintelen, scherpe speldenprikken, alsmáar erger.

Alles begint te draaien.

Je wordt duizelig, misselijk ook.

Je kijkt rond en weet niet waar je bent.

Je oren suizen alsof je onder water zit.

Er komt een waas voor je ogen. Je grijpt naar je hoofd, bang om gek te worden.

En je hart dat raast maar door.

Je keel wordt dichtgesnoerd.

Alsof je stikt.

Een allesoverweldigende doodsangst overvalt je, tot ... na een poosje dat akelige gevoel langzaam wegebt.

Wat doe je als je zoiets overkomt? Over tot de orde van dag? Of ga je toch maar even langs bij je huisarts? Beter het zekere voor het onzekere nemen, toch? Trouwens, als er iemand in de buurt was tijdens het gebeuren heeft die misschien wel een ambulance gebeld, of jou zelf naar de spoed gebracht. En dan kom je aan in het ziekenhuis terwijl je je

nog steeds ellendig voelt. Gaat het ondertussen al iets beter, dan ben je toch nog wat slajpes en onder de indruk – wat je net hebt meegemaakt was niet niks.

Je wordt onderzocht door een van de spoedartsen. Die stelt allerlei vragen, meet je bloeddruk en luistert naar je longen en je hart. Ze plakken elektrodes op je borst, je armen en je benen, en maken een hartfilmpje. Afhankelijk van je leeftijd wordt er een cardioloog bij gehaald. Daar lig je dan, met al die stickers op je lijf. Zegt die arts: Er is niets aan de hand. Gelóóf je dat? Denk even terug aan wat je daarstraks voelde. Je hebt niets. Klinkt dat plausibel? Natuurlijk niet. Je hebt ‘niets aan je hart’, dat zou nog kunnen kloppen. Maar het is niet omdat een dokter niets vindt dat er niets mis is, anders zou je daar niet liggen. Die ervaring heb je je echt niet ingebeeld. Nóg beter was geweest als die arts had gezegd: Misschien was het wel een paniekaanval.

Want dat is wat dit gedachte-experiment beschrijft: een paniekaanval en wat daar typisch op volgt, namelijk contact met een arts, een huisarts, spoedarts of specialist, die op dat moment niets vindt.

Angst, vrees en paniek

Tijdens een lezing voor niet-specialisten vraag ik het publiek weleens wat paniek is. Met stip het vaakst gegeven antwoord is: hele erge angst. En angst, of vrees, wat is dat? Dat is het gevoel dat je hebt als je bang bent voor iets. Zo gebruiken we angst, vrees en paniek inderdaad in de omgangstaal. Ikzelf en mijn collega's definiëren deze begrippen enigszins anders. Nu wil ik hier hoegenaamd geen semantische discussie beginnen, maar precieze definities helpen om te begrijpen waarover het gaat. Aan mijn studenten leg ik het onderscheid tussen angst, vrees en paniek het liefst uit aan de hand van het verhaal van de beer. Als er één verhaal is dat hen bijblijft is het wel dit.

Je bent op vakantie in Canada. Gewapend met wandelstok, reisgids en gps maak je een dagtocht door een van de vele uitgestrekte bossen. Alleen. Je neuriet een liedje of fluit een deuntje. Het pad slaat af naar links en in het zand zie je plots pootafdrukken. Van een beer? Je krijgt een knoop in je maag, buigt voorover om beter te kijken en neemt er je reisgids bij. Inderdaad. Je hart klopt in je keel en je spieren spannen aan. Berenpoten. Grote. Van een zwarte beer of een grizzly dat is niet meteen duidelijk. Je kijkt rond. Geen beer te zien. Maar die sporen lijken vers, dus is die beer niet zo lang geleden voorbijgekomen. Je bloeddruk schiet omhoog en je krijgt klamme handen – normale reacties in zo'n situatie. Die pootafdrukken zijn weliswaar niet gevaarlijk, die beer is dat wel. Wat doe je dan?

In een boom klimmen, stelt een van de studenten gegarandeerd voor, zodat je ver kunt kijken. Als je die beer dan ziet, weet je alvast waar je niet naartoe moet gaan. Goed idee. Tenzij die sporen niet van een grizzlybeer zijn, maar van een zwarte beer. Een Canadese student wees me er ooit op dat zwarte beren notoire boomklimmers zijn. Grizzly's niet. Maar als je niet zeker weet of je met een grizzly te maken hebt is die boom bij nader inzien toch niet zo'n goed idee. Achtervolgen! Er zijn ook altijd studenten die ten strijde trekken – de jagers van het gezelschap. Maar je hebt enkel een wandelstok, een reisgids en een gps meegenomen, weet je nog? Daar kom je niet ver mee tegen een beer.

In ieder geval, zodra je die pootafdrukken in het oog krijgt, stop je met fluiten of zingen. Je focust je aandacht en spitst je oren. Hoor je iets, dan ga je niet in de richting van het geluid. Misschien volg je het spoor even om te kijken welke kant de beer is opgegaan om vervolgens de tegenovergestelde route te kiezen. Je gedrag is een combinatie van toenadering en vermijding: je wilt op onderzoek uitgaan om te weten te komen wat voor een beer het precies is en waar hij zit, maar tegelijkertijd wil je een confrontatie met het dier vermijden. Als ik je zou vragen hoe je je voelt, zou je zeggen bang, angstig. En zouden we op dat

moment je hersenen in beeld brengen, dan zouden we een verhoogde activiteit zien vooraan, in de frontaalkwab, het deel van je brein dat je gebruikt om te plannen. Al die lichamelijke reacties, gedachten en gevoelens, en het conflict tussen toenadering en vermijding bij potentieel gevaar, dat noemen we angst.

Verder met ons verhaal. Je hebt besloten om richting de rivier te lopen, maar dat blijkt de verkeerde keuze. Aan de oever staat die beer en hij kijkt jouw kant op. Wat zou je nu doen, vraag ik dan. Wie voelt nu nog de behoefte om dichterbij die beer te komen? Niemand. De situatie is wel duidelijk. Je hoeft niet meer zo nodig extra informatie te verzamelen. Je lichamelijke, fysiologische reacties zijn dezelfde als daar net – maagpijn, gespannen spieren, hartkloppingen, hoge bloeddruk, zweten. Maar de ambivalentie, de spanning tussen toenadering en vermijding valt weg, en je denkt maar aan één ding: wegwezen! Maar hoe? Wat het verstandigste is hangt af van de afstand tussen jou en de beer. Ben je nog voldoende ver weg, dan kun je heel hard wegrennen – alleen lijkt je zo wel op een prooi en zo'n beer is sneller dan jij, dus is het misschien beter om heel stilletjes weg te sluipen. Maar stel dat er niet één maar twee beren zijn en terwijl jij nog kijkt naar die ene beer bij de oever duikt de andere op uit het struikgewas, vlak voor je neus. Vluchten heeft geen zin meer. Het enige wat je nog kunt proberen is je te laten vallen, je zo klein mogelijk te maken en vooral niet meer te bewegen. Doe alsof je dood bent.

Beide situaties zijn anders dan de vorige toen je de beer niet zag. Nu, oog in oog, kun je hem ook horen en, als de wind goed staat, ruiken. Het gevaar is tastbaar geworden. Je hersenactiviteit verschuift naar je dieper gelegen tussenhersenen. Je lichamelijke reacties, je gedragingen, gedachten en gevoelens, al die sensaties samen, in de aanwezigheid van concreet gevaar, noemen we vrees.

Gedrag bij gevaar is overigens niet alleen afhankelijk van de onderlinge afstand tussen roofdier en prooi, het gedragsrepertoire van een prooi wordt ook bepaald door zijn soort. Een antilope in het vizier van een leeuw houdt zich doodstil in de hoop dat die leeuw zijn interesse verliest. Een schaap in het nauw is bang en zegt bè, maar zal je niet bespringen. Drijf een rat in een hoek en dat beest valt je aan als het niet meer kan vluchten.

Dus even recapituleren. Afhankelijk van de afstand tot het gevaar hebben we het over angst of vrees. Bij angst is het gevaar nog veraf, in ruimte of tijd. Je kunt het nog niet waarnemen. Is het gevaar zo dichtbij dat het zintuiglijk waarneembaar wordt, dan is er sprake van vrees. Naarmate de afstand tussen jou en het gevaar kleiner wordt, veranderen niet zozeer je fysiologische reacties, die blijven dezelfde, maar wel je hersenactiviteit en wat je denkt en doet. Wat is nu de kleinst mogelijke afstand? Nul. Het gevaar is dan zo dichtbij dat het van binnen in je lichaam lijkt te komen. Dat noem ik paniek.

Herinner je je die paniekaanval die ik eerder beschreef? Er is geen pootafdruk laat staan een beer te zien en toch gaat je hart als een razende tekeer, krijg je het ontzettend benauwd, ga je zweten en heb je het gevoel dat je stikt. Met andere woorden, je lichaam reageert alsof er acuut gevaar is, een levensbe-

dreigende noodsituatie. Het is alsof je doodgaat, maar dat gebeurt niet, en dus lijkt de reactie overdreven. Vals alarm?

Het gevaar is dan zo dichtbij dat het van binnen in je lichaam lijkt te komen. Dat noem ik paniek.

Wie paniekaanvallen meemaakt, zegt inderdaad dat die spontaan opkomen, uit het niets, zonder aanwijsbare oorzaak of aanleiding. Vooral je hersenstam is dan actief, evolutionair gezien het oudste deel van het brein. Dat hoeft niet te verwonderen: paniek is een oeremotie. Als ik patiënten vraag wat ze denken tijdens een paniekaanval, antwoorden ze zonder uitzondering: niets. Zo'n aanval bereikt meestal na enkele minuten een hoogtepunt en pas daarna beginnen ze te denken

en vragen ze zich af wat er is gebeurd, of ze misschien iets verkeerd gegeten of gedronken hebben, of ... Op het moment zelf is hun hoofd echter leeg.

Dat is toch hyperventilatie?

Plotse hartkloppingen, misselijkheid, zweten, naar adem snakken, druk op de borst enzovoort. Vroeger werd er in België en Nederland bij deze symptomen niet gesproken van paniek, maar van hyperventilatie. Er werd toen gedacht dat wat we nu paniekaanval noemen uitgelokt werd door verkeerd te ademen, namelijk door te hyperventileren, dus te snel ademhalen.

Tijdens het inademen wordt zuurstof (O_2) uit de lucht via de longen opgenomen in je bloed en de rest van je lichaam. Tijdens het uitademen wordt koolstofdioxide (CO_2), een afvalproduct van je stofwisseling, via de longen uit je bloed gehaald. Bij een normale ademhaling is er in je lichaam een bepaald evenwicht tussen de hoeveelheid O_2 en CO_2 . Als je hyperventileert, dus te snel ademt, adem je sneller CO_2 uit, terwijl de O_2 -opname ongeveer hetzelfde blijft. Het gevolg: het CO_2 -gehalte in je lichaam daalt, wat sensaties oproept die, zo werd verondersteld, kunnen leiden tot een paniekaanval – toen hyperventilatieaanval genoemd.

Het klopt dat het CO_2 -gehalte in je lichaam daalt als je hevig hyperventileert, maar dat leidt normaal gesproken juist níét tot een paniekaanval. Ik kom daar nog op terug. Hoe dan ook, artsen dachten dus dat zo'n aanval werd uitgelokt door verkeerd te ademen en bedachten een remedie: ademen in een zakje.

Onderzoek heeft intussen twee dingen aangetoond. Ten eerste: verkeerd ademen is niet de oorzaak van zo'n aanval. Daarom hebben we het niet meer over hyperventilatieaanval, maar altijd over paniekaanval.

Ten tweede: de therapie die werd voorgesteld om een hyperventilatie-aanval te onderdrukken of te verzachten, dat zakje dus, is flauwekul. Later zal duidelijk worden waarom.

Van aanval naar stoornis

Een op de vier mensen krijgt ooit een paniekaanval. Zomaar. Als ze erg geschrokken zijn of zich zorgen maken, gaan ze langs bij hun huisarts of komen ze op de spoed en soms zelfs bij een medisch specialist terecht, maar doorgaans vindt geen van die artsen dan iets zorgwekkends. Denk aan ons gedachte-experiment. Dat heb ik trouwens niet helemaal verzonnen, volgens mijn patiënten is dat wel zo'n beetje wat er na die eerste aanval gebeurt.

ANTICIPATIEANGST OF ANGST VOOR DE PANIEK

Bij een op de vier mensen blijft het bij die ene aanval, maar sommige krijgen een tweede. Ze herkennen wat hen overkomt – zo voelde het die eerste keer ook en ze zijn er toen niet van doodgegaan. Volgens de dokter was er niets aan de hand, dus hoeven ze zich geen zorgen te maken. Of wel?

En dan gaan ze toch maar weer naar een arts. En als die niets vindt, naar een andere en nog een andere, en overal krijgen ze hetzelfde te horen: je mankeert niets. Dat kan best zijn, maar na zo'n aanval is het maar normaal dat je ongerust bent, en al helemaal als je er meer dan een hebt meegemaakt. Wie vaker van die aanvallen heeft, is bang om er weer een te krijgen. Wat is vaak? Dat is relatief. 'Twee of drie per week' is veel. 'Dagelijks' is extreem veel en uitzonderlijk. Typischer is een aanval, enkele weken niets, en daarna weer een. Maar mensen die dus een of meer aanvallen hebben per week zijn aldoor op hun hoede. De godganse dag lopen ze te piekeren over de oorzaken en gevolgen

van een aanval. Waarom? Waarom ik? Waarom nu? Heb ik iets verkeerd gegeten? Iets gedaan? Wanneer komt de volgende? Hoe kan ik hem vermijden? Wat moet ik doen als ik er weer een krijg? Wikken en wegen, dag in, dag uit. Alle plannen worden gemaakt in het licht van een eventuele paniekaanval. Kortom, ze zijn voortdurend bang, opgeslorpt door angst.

Die anticipatieangst, de angst voor een aanval, beheerst hun leven en veroorzaakt meer ellende dan de paniekaanvallen zelf. Zoals gezegd bereiken paniekaanvallen typisch een piek na enkele minuten en de

Mensen die een of meer aanvallen hebben per week zijn aldoor op hun hoede. De godganse dag lopen ze te piekeren over de oorzaken en gevolgen van een aanval. Waarom? Waarom ik? Waarom nu?

meeste zijn na een halfuur over, al voelt dat voor patiënten anders. Op de vraag hoelang zo'n paniekaanval duurt is het antwoord vaak 'de hele dag'. Dus vraag ik dóór: wat voelde je, waar, wanneer, hoelang? En dan volgt er meestal een preciezere beschrijving van de licha-

melijke sensaties en de piek – als het inderdaad om een paniekaanval gaat – en hoe de heftige gevoelens na een poosje ook weer overgaan. Na zo'n aanval zijn ze wel flink de kluts kwijt en moe, de rest van hun dag is naar de vaantjes. Waarom ik doorvraag? Om zeker te zijn dat we te maken hebben met een paniekaanval en niet met andere angstklachten. Er wordt nogal eens losjes omgesprongen met diagnostische etiketten. Vooral bij patiënten die al lang klachten hebben en ettelijke behandelingen hebben geprobeerd, is het moeilijk om een helder beeld te krijgen omdat er in wat ze me vertellen onvermijdelijk echo's doorklinken van wat ze ooit van andere behandelaars hebben gehoord.

VERMIJDINGSGEDRAG OF AGORAFOBIE

Dat mensen na verscheidene paniekaanvallen last krijgen van anticipatieangst is niet zo moeilijk te begrijpen. En evenmin dat ze allerlei