



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Angst en flauwvallen; reprise. Een reactie op Ad de Jongh

Marcel van den Hout en Peter de Jong\*

De angst om flauw te vallen komt voor bij twee welomschreven groepen patiënten, zowel mensen met een *paniekstoornis* als patiënten met een *bloedfobie* zijn er bang voor. Paniekpatiënten vermoeden van hun stokje te gaan tijdens paniekaanvallen en bloedfobici menen dat dit zal gebeuren wanneer zij bloed zien. In een eerdere bijdrage (een reactie op een stuk van Hoogduin; zie Van den Hout & De Jong, 1996) bespraken wij het realiteitsgehalte van die angst om flauw te vallen.

Flauwvallen pleegt te worden veroorzaakt, zo werd gememoreerd, door onvoldoende doorbloeding van het brein. Angst gaat gepaard met activatie van de sympathische tak van het autonome zenuwstelsel. Dat leidt tot versnelling van de pols en toename van de bloeddruk en bijgevolg tot *toename* van de toevoer van bloed naar de hersenen. Angst leidt dus niet tot flauwvallen maar wapent er juist tegen, zo beweerden we. Het angstige vermoeden dat paniekaanvallen kunnen uitmonden in bewustzijnsverlies lijkt ons irreal. Geheel anders ligt dit, zo werd betoogd, met de bloedfobie. Tijdens de bloedfobische reactie wordt niet alleen de sympathicus maar bovenal de parasympathicus geactiveerd. Dat gaat samen met een daling van hartslagfrequentie en bloeddruk, hetgeen leidt tot een verminderde toevoer van zuurstof en glucose naar de hersenen. Dit scenario maakt de kans op bewustzijnsverlies reëel en de bloedfobicus die bang is flauw te vallen heeft fysiologisch een 'case in point'.

Terwijl wij menen dat de angst van paniekpatiënten voor bewustzijnsverlies ongegrond is, toont Ad de Jongh zich, in een reactie op ons stuk, nog optimistischer dan wij al zijn (De Jongh, 1997). Niet alleen de paniekpatiënt heeft niets te vrezen, ook de angst van de bloedfobicus om onderuit te gaan is overdreven. Bloedfobici *zeggen* dan wel dat ze flauwvallen, maar in de praktijk valt dat reuze mee. De Jongh refereert in dit verband aan het belangrijke onderzoek van Öst, Sterner en Lindahl (1984). In de beschreven studie kregen 18 proefpersonen een film te zien van bloederige operaties. Slechts 5 van de 18 proefpersonen vertoonden een forse daling van hartslag en bloeddruk en vielen (bijna) flauw. 'Waar komen die hoge schattingen over potentiële flauwvallers dan vandaan?' vraagt De Jongh zich af. Het antwoord ligt besloten in uitgerekend dit onderzoek van Öst et al., waarnaar De Jongh verwijst.

De film waarnaar de 18 bloedfobici werd gevraagd te kijken duurde een half uur, terwijl aan de patiënten vooraf werd gezegd dat 'if it would become too uncomfortable they could turn the film off by pressing a button'. Dankbaar werd van die mogelijkheid gebruik gemaakt. Van de 18 patiënten zagen 4 er vanaf de film überhaupt aan te zetten. Van de 14 die er wel aan begonnen, hielden 8 patiënten het binnen twee minuten voor gezien. Toen waren er nog 6. Binnen tien minuten hadden welgeteld 2 proefpersonen de video nog op 'ON' staan. Nee, de proefpersonen van Öst vielen niet flauw bij het zien van de bloederige scènes. Waarom niet? Omdat ze iets *deden* om het flauwvallen te voorkomen: ze zetten de video op 'OFF'. Wij hebben het sterke vermoeden dat de

---

\* Vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht  
Vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht

patiënten, op grond van eerdere ervaringen, wisten dat ze behoorden tot de groep van 'potentiële flauwvallers'. Ze vinden bewustzijnsverlies onaangenaam en namen maatregelen om het niet zo ver te laten komen. In het laboratorium van Öst was dat eenvoudig: gewoon de video op 'OFF'. Maar ook het dagelijks leven biedt bloedfobici volop mogelijkheden om flauwvallen te voorkomen. Bloederige taferelen zijn gelukkig makkelijk te vermijden en als dat niet lukt kan men de blik afwenden of trucjes toepassen zoals het hoofd tussen de knieën houden.

Conclusie: welk percentage van de bloedfobici daadwerkelijk flauwvalt indien zij niets doen ter vermindering weten wij evenmin als De Jongh. Wel is het plausibel dat, zodra de fysiologische cascade van de bloedfobische reactie is gestart, bewustzijnsverlies kan optreden *indien de patiënt niets onderneemt*. Dat hebben patiënten in de gaten en het feit dat 'potentiële flauwvallers' zelden daadwerkelijk onderuitgaan komt omdat ze effectieve maatregelen nemen om flauwvallen te voorkomen.

Een en ander heeft therapeutische implicaties. De Jongh en wij zijn het eens dat de flauwvalangst van paniekpatiënten irreëel is. Paniekpatiënten hebben er veel hinder van en cognitieve therapie biedt mogelijkheden de hinderlijke misvattingen te corrigeren. Bij zo'n 80% van de patiënten verdwijnen de paniekaanvallen door cognitieve therapie (Arntz & Van den Hout, 1996; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, Anastasiades & Gelder, 1994). Bloedfobieën komen in de klinische praktijk weinig voor. Deels komt dat omdat bloederige taferelen vrij eenvoudig vermeden kunnen worden. Soms is vermindering niet goed mogelijk en is behandeling geïndiceerd. Uit het stuk van De Jongh zou afgeleid kunnen worden dat ook bij bloedfobici behandeling met cognitieve therapie (verandering van 'catastrofale misinterpretaties') gepast is. Daarmee zouden we het niet eens zijn: interpreteren van zweverigheid bij het zien van bloed als mogelijke voorbode van bewustzijnsverlies lijkt ons geen 'misinterpretatie' maar een verstandige extrapolatie. Het lijkt gepaster om aan te sluiten bij de strategieën die patiënten zelf al te hulp roepen ('kop tussen de knieën' en dergelijke) en om deze trucs te perfectioneren. 'Applied tension' (Öst, Fellenius & Sterner, 1991) biedt hier goede mogelijkheden.

## Referenties

- Arntz, A., & Hout, M.A. van den (1996). Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113-122.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Hout, M.A. van den, & Jong, P. de (1996). Paniek, bloed en bewustzijnsverlies; een vrij lange reactie op een terloopse opmerking van Hoogduin. *Directieve Therapie*, 17, 62-71.
- Jongh, A. de (1997). Over bloedfobie: een kritische toelichting bij een vrij lange reactie op een terloopse opmerking van Hoogduin. *Directieve therapie*, 17, dit nummer, 258-261.
- Öst, L.G., Fellenius, J., & Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo and tension only in the treatment of blood phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561-574.
- Öst, L.G., Sterner, U., & Lindahl, I.L. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research en Therapy*, 22, 109-117.