

zekerheid biedt; ten derde bij de eenmalig opnieuw te beoordelen arbeidsongeschikten, die door politiek en bedrijfsleven indertijd een heel ander beeld voorgespiegeld is.

Ten slotte zijn er nog veel vragen over de uitvoerbaarheid van de nieuwe regelingen. Bij arbeidsongeschiktheid wegens psychische klachten zijn de mogelijkheden om te functioneren vaak moeilijk te objectiveren. Hoewel de uitgaven aan uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid jaarlijks tientallen miljarden bedragen, wordt nauwelijks geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek om de beoordeling en de begeleiding te verbeteren. Hier geldt het 'penny-wise and pound-foolish'. In situaties waarin hun medische toestand niet stabiel is, kunnen arbeidsongeschikten bezwaarlijk aangesproken worden op wat zij nog wél kunnen. Stel dat een patiënt met rugklachten na 1 jaar verzuim alsnog wordt geopereerd. Moet nu na ontslag uit het ziekenhuis zijn mate van arbeidsongeschiktheid dag na dag aan de hand van zijn herstel herberekend worden? Een ander voorbeeld: een werknemer die fysiek zwaar werk verrichtte, ondergaat een langdurige chemotherapie. Moet hij naar de bijstand verwezen worden zodra zijn carcinoom toch nog in remissie komt omdat hij althans op dat moment in theorie weer licht werk zou kunnen doen? De regelingen bij arbeidsongeschiktheid zijn niet uitvoerbaar zonder medische legitimering van uitkeringen in situaties, waarin 'objectief medisch' toch geen volledig onvermogen bestaat. De wetgever heeft zich dat vermoedelijk niet gerealiseerd.

Een gewetensvraag wordt, in hoeverre artsen de ruimte die hun professionele beoordeling ook nu nog laat, zullen benutten om deze dilemma's op te lossen. In de moderne bureaucratie-dicht-bij-de-burger vervullen uitvoerders vaak een corrigerende rol bij onredelijke uitkomsten van allerlei op veilige afstand van de werke-

lijkheid bedachte regelingen. Dat gebeurt ook bij de uitvoering van de WAO.¹³

Zou het niet beter zijn de maatschappelijke consequenties van politieke besluitvorming duidelijk te laten worden, in plaats van die 'medisch' toe te dekken? De individuele confrontatie met een levend mens in de spreekkamer maakt die keus echter niet zo eenvoudig.

LITERATUUR

- 1 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen. Den Haag: SDU, 20 september 1992.
- 2 Sociaal-Economische Raad. Advies over het beleid ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Deel II. Den Haag: SER, 12 juli 1992.
- 3 Centrale Raad van Beroep. Jaarverslag 1992, 16-7. Utrecht: Centrale Raad van Beroep, 1993.
- 4 Anonymus. Open brief wetsvoorstel-TBA. Tijdschr Bedr Verz 1993; 4: 158-9.
- 5 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Memorie van Toelichting TBA, 43-4. Den Haag: SDU, 20 september 1992.
- 6 Tweede Kamer. Handelingen 1992-1993; 22824, 3:26, 5:39-41, 6:40-1, 8:22-3, 10:27-8. Den Haag: SDU, 1993.
- 7 Eerste Kamer. Handelingen 1992-1993; 33-1485, 34-1513, 34-1518/19, 34-1521/22, 35:1553. Den Haag: SDU, 1993.
- 8 Eerste Kamer. Verslag vaste Kamercommissie Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Memorie van Antwoord. Handelingen 22824, 145, 199a-d. Den Haag: SDU, 1993.
- 9 Giezen AM van der. Ontwikkelingen in gezondheid bij arbeidsongeschikten. Tijdschr Bedr Verz 1993; 2: 42-7.
- 10 Knepper S. Artikelenreeks over arbeidsongeschiktheid. Echt ziek naar objectieve maatstaven? Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 1670-2.
- 11 Klinkert JJ, Bruinsma H. Arbeidsongeschiktheid in de Verenigde Staten, onderzoeksverslag. Amsterdam: GMD, 1985.
- 12 Knepper S, Croon NHTh. Arbeidsongeschiktheid in Nederland: een gezondheidskundige basis. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 267-72.
- 13 Veen RJ van der. De grenzen van sociaal beleid. Een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid. Leiden, 1990. Proefschrift.

Aanvaard op 11 oktober 1993

Hyperventilatie: geen oorzaak van paniekaanvallen

R. VAN DYCK

Bij patiënten die aanvallen van angst of paniek vertonen is vanaf de jaren zeventig in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk de diagnose 'hyperventilatiesyndroom' (HVS) erg in zwang geraakt. Op grond van de veronderstelling dat de angst een gevolg was van overmatige ventilatie zijn diverse behandelingen ontwikkeld, zoals ademhalingstraining, biofeedback, relaxatie, herhaalde vrijwillige hyperventilatie en het gebruik van een plastic zak.

Uit een recent literatuuroverzicht blijkt dat deze behandelingen, die gebaseerd waren op het hyperventila-

Zie ook de artikelen op bl. 2289 en 2315.

tiemodel, bij patiënten bij wie een HVS was gediagnosticeerd een zeker positief effect opleverden.¹ Wel valt op dat naarmate de onderzoeken ter behandeling van patiënten beter waren opgezet, de resultaten minder indrukwekkend waren. Bovendien leek weinig sprake van specificiteit: uiteenlopende behandelingen hadden een vergelijkbaar effect.² Het hyperventilatiemodel is ook toegepast bij de behandeling van patiënten die volgens criteria van de Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) aan agorafobie met paniek lijden. Hieruit volgde niet dat door de toevoeging

van op de ademhaling gerichte behandelingen de gebruikelijke gedragstherapeutische resultaten verbeterd werden.^{3,4} Zelfs bleek dat het reguleren van de ademhaling even veel positief effect had bij patiënten die hun klachten herkenden na een hyperventilatie-provocatietest (HVPT) als bij degenen die geen herkenning rapporteerden.^{5,6} Gesuggereerd is dat de training van het adempatroon bij patiënten met angstaanvallen als een placebobe-handeling moet worden opgevat.¹ De resultaten van de onderzoeken leveren dus uiteindelijk geen sterke ondersteuning op voor het hyperventilatiemodel van angstaanvallen.

Pas vrij recentelijk is onderzoek op gang gekomen waarbij het diagnostische criterium van het HVS centraal staat: als men patiënten met angstaanvallen vrijwillig laat hyperventileren en zij krijgen vervolgens klachten die lijken op de klachten die zij hebben tijdens een spontane angstaanval, mag men dan aannemen dat ook de spontane angstaanval toe te schrijven is aan hyperventilatie? De bevindingen uit dit onderzoek zijn overwegend negatief voor het hyperventilatiemodel:¹ de voor hyperventilatie typisch geachte symptomen worden ook herkend door patiënten als zij een mentaal belastende taak uitvoeren, zonder dat daarbij hypocapnie wordt vastgesteld.

De resultaten van Spinhoven et al. passen in de recente serie van negatieve bevindingen omtrent het HVS:⁷ de fysiologische reacties die werden gevonden tijdens een vrijwillige hyperventilatie bij patiënten met of zonder paniekaanvallen verschilden niet; deze patiënten bleken echter wel te verschillen voor de ernst van hun psychische klachten. Dit pleit tegen de opvatting dat paniekaanvallen eenvoudig te verklaren zijn uit de fysiologische veranderingen die optreden bij hyperventilatie. De stelling van de auteurs dat de etiologisch neutrale term

'paniekaanvallen' te verkiezen is boven het in Nederland sterk ingeburgerde begrip HVS is daarom terecht.

Misschien zal niet iedereen verheugd zijn over deze recentelijk verworven inzichten: het HVS is als begrip inmiddels ook onder de bevolking op ruime schaal bekend geworden. Het model biedt een eenvoudige en betrekkelijk onschuldige lichamelijke verklaring voor een bedreigende psychische ervaring; daaraan kunnen bovendien duidelijke therapeutische maatregelen gekoppeld worden, al is de effectiviteit daarvan niet zo groot. Helaas dwingt het onderzoek van de laatste jaren ons om beroep te doen op meer complexe modellen. De winst lijkt te zijn dat ook de behandelresultaten zich in gunstige zin ontwikkelen.

LITERATUUR

- ¹ Garssen B, Ruiters C de, Dyck R van. Breathing retraining: a rational placebo? *Clin Psychol Rev* 1992; 12: 141-53.
- ² Vlaender-van der Giessen CJM. Hyperventilatie. Een onderzoek rondom diagnostiek en behandeling van het hyperventilatiesyndroom. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- ³ Ruiters C de, Rijken H, Garssen B, Kraaimaat F. Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1989; 27: 647-55.
- ⁴ Beurs E de. The assessment and treatment of panic disorder and agoraphobia. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- ⁵ Hibbert GA, Chan M. Respiratory control: its contribution to the treatment of panic attacks. A controlled study. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 232-6.
- ⁶ Valck CD, Bergh O van den, Woestijne KP van de. De prognostische waarde van de provocatietest en evaluatie van ademhalings therapie bij patiënten met hyperventilatieklachten. *Gedragsther* 1992; 25: 3-15.
- ⁷ Spinhoven Ph, Onstein EJ, Sterk PJ. Hyperventilatie: geen oorzaak van paniekaanvallen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 2315-8.

Aanvaard op 23 april 1993

Capita selecta

De betekenis van clusteronderzoek bij het onderzoek naar oorzaken van leukemie bij kinderen

J. W. W. COEBERGH, A. VAN DER DOES-VAN DEN BERG, W. A. KAMPS, J. A. RAMMELOO, H. A. VAN STEENSEL-MOLL
EN E. R. VAN WERING

Leukemie bij kinderen staat veelvuldig in de medische en publieke belangstelling, hoewel het een zeldzame ziekte met tegenwoordig een relatief goede prognose betreft.

Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen, Postbus 60.604, 2506 LP Den Haag.

Dr. J. W. W. Coebergh, arts-epidemioloog (tevens: Erasmus Universiteit, Instituut Epidemiologie en Biostatistiek, Rotterdam); mw. dr. A. van der Does-van den Berg, dr. W. A. Kamps en J. A. Rammeloo, kinderartsen; mw. dr. E. R. van Wering, arts-cytoloog.

Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kindergeneeskunde, Rotterdam.

Mw. H. A. van Steensel-Moll, kinderarts.

Correspondentie-adres: mw. dr. A. van der Does-van den Berg.

Jaarlijks wordt in Nederland de diagnose gesteld bij 100-120 kinderen tot 14 jaar; het incidentiecijfer bedraagt ongeveer 4 per 10⁵ kindjaren, dat wil zeggen ongeveer 33% van de totale kankerincidentie bij kinderen.^{1,2} Bij 80% van de kinderen met leukemie gaat het om acute lymfatische leukemie (ALL), bij 15% om acute non-lymfatische leukemie (ANLL) en bij 5% om chronische myeloïde leukemie (CML) en enkele andere zeldzame vormen.¹

Dit artikel is gewijd aan de betekenis van onderzoek naar het zogenaamd 'geclusterd' optreden van leukemie bij kinderen en van de verwante, nog zeldzamere maligne