

Symptomatologie van de paniekstoornis

door L. Timmerman, A. Goedhart, P. de Beurs en D.L. Stronks

Gepubliceerd in 1995, no. 4

Samenvatting

In dit onderzoek wordt een overzicht gegeven van de symptomatologie van paniekaanvallen met of zonder agorafobie en depressie bij 38 ambulante psychiatrische patiënten. Daarbij vergelijken we de symptomatologie zoals geregistreerd door de patiënt met een registratie door de onderzoekers en met andere studies. De conclusie is dat paniekaanvallen een kenmerkende symptomatologie hebben die in verschillende studies bij uiteenlopende patiëntenpopulaties reproduceerbaar is. De registratie van de aanvallen door patiënten en onderzoekers komt sterk overeen; de onderzoekers scoren echter beduidend minder symptomen.

Inleiding

De paniekstoornis met of zonder vermijdingsgedrag is een multicausaal bepaalde aandoening met kans op ernstige consequenties in de zin van onder andere suïcidaliteit, alcohol- en/of benzodiazepineverslaving (Timmerman en Peppinkhuizen 1993).

In de etiologie van de paniekstoornis spelen onder meer de volgende factoren een belangrijke rol: genetische en biologische factoren (Crowe e.a. 1983; Kahn en Van Praag 1992), separaties in de vroege jeugd (Free e.a. 1993), persoonlijkheidskenmerken (Klass e.a. 1988), psychosociale factoren (Clum en Borden 1989) en recente ingrijpende gebeurtenissen (Faravelli e.a. 1989). De prevalentie gedurende het leven van een paniekstoornis bedraagt in verschillende studies van 2,9-8,4% (Marks e.a. 1986).

Hoewel de DSM-III-R-criteria voor paniekstoornis zijn samengesteld door een commissie van experts op basis van consensus en niet op grond van onderzoek naar empirisch gevonden symptomen, is de diagnostische betrouwbaarheid van het concept 'paniekstoornis' binnen dit categoriale classificatiesysteem desalniettemin zeer hoog en heeft een hoge interrater-betrouwbaarheid (DSM-III-R, APA 1987; Noyes e.a. 1992; Smeets 1994). De symptomatologie van paniekaanvallen is slechts in een beperkt aantal studies onderzocht: Margraf e.a. (1987) vonden in hun studie - waarbij gebruik gemaakt werd van zelfregistratie door patiënten - onder andere dat in paniek provocerende situaties bij 68% van de patiënten met een paniekstoornis palpitations voorkwamen, van duizeligheid was sprake bij 45%, van zweten bij 26%, van kortademigheid en trillen bij 21%, terwijl angst om gek te worden of om dood te gaan bij 21% respectievelijk 3% van de patiënten voorkwam. Duizeligheid en palpitations kwamen in dit onderzoek niet alleen het meest frequent voor, maar hadden ook de hoogste intensiteit (tabel 1).

Aronson e.a. (1988) verrichtten een descriptieve studie naar de paniekstoornis. Op grond van zelfrapportage - op de Symptom Checklist 90 (SCL 90), retrospectief bij de intake door op eigen initiatief verwezen patiënten - vonden zij gemiddeld 22 symptomen die met paniekaanvallen geassocieerd zijn. Daartoe horen: de angst om gek te worden of om te sterven, angst met een paniek-karakter, en derealisatieverschijnselen en gevoelens van depressiviteit. Somatische symptomen zijn onder meer: duizeligheid, trillen, palpitations en flushes.

De aanvallen hadden meestal een crescendo-karakter, met een piek binnen 10 minuten, terwijl de aanvallen minder dan 30 minuten duurden. De Beurs (1993) vond echter in een prospectief onderzoek gedurende een twaalf weken lange behandelstudie (met continue zelfregistratie van paniekaanvallen door patienten op DSM-III-R-symptomen voor paniekstoornis) dat de gemiddelde paniekaanval 45 minuten duurde; 17% van de paniekaanvallen duurde langer dan een uur. In dit onderzoek kwam de symptomatologie van 1276 paniekaanvallen bij 94 patienten met een paniekstoornis grotendeels overeen met de bevindingen van Margraf e.a. (1987), maar De Beurs vond hogere frequenties. 40% van de paniekaanvallen in zijn populatie voldeed echter niet aan de DSM-III-R-criteria voor het vereiste aantal symptomen: ten minste 4 van een lijst van 13 symptomen (zie tabel 1). Argyle en Roth (1989) vonden in hun retrospectieve studie naar de kenmerkende symptomatologie van de paniekstoornis met behulp van een gestandaardiseerd interview dat patienten met plotseling tot ontwikkeling gekomen paniekaanvallen zich onderscheiden ten opzichte van patienten met een angststoornis zonder paniekaanvallen door meer transpiratie, palpitations, warm en koud voelen, trillen, duizeligheid en kortademigheid. Trillen bleek in deze groep het meest voorkomende symptoom (86,6%). Angstige cognities als dreigende dood, vrees om te collabereren of gek te worden, beschouwen deze auteurs als karakteristiek voor de paniekstoornis. De panieksymptomatologie van patienten met depressie als comorbiditeit verschilde niet van de groep met alleen paniekstoornis.

Tabel 1: Symptomatologie van de paniekaanval

	Timmerman ¹ (1994)	Aronson ² (1988)	De Beurs ³ (1993)	Margraf ⁴ (1987)
Somatische symptomen:	n			
Duizeligheid	33 (85%)	76%	75%	47%
Dyspnoe	32 (82%)	65%	65%	30%
Tachycardie	30 (77%)	71%	78%	68%
Transpiratie	29 (76%)	71%	66%	26%
Trillen	25 (67%)	59%	65%	21%
Warm/koud voelen	20 (53%)	61%	43%	17%
Angst te stikken	18 (45%)	57%	53%	5%
Pijn op borst	17 (45%)	54%	50%	25%
Tintelingen	17 (45%)	59%	26%	10%
Misselijkheid	16 (42%)	?	33%	29%
Psychische symptomen:				
Angst gek te worden	23 (59%)	50%	53%	21%
Depersonalisatie	19 (50%)	59%	52%	15%
Angst dood te gaan	15 (39%)	59%	39%	3%

¹ symptomen gescoord door onderzoeker bij intake via gestructureerd interview (MDCL).

² symptomen gescoord bij intake door de patient, op SCL-90 en een fenomenologische vragenlijst.

³ continue zelfregistratie door patient gedurende behandeling.

⁴ zelfregistratie door patient, ook in paniek inducerende situaties.

Behalve de symptomatologie van paniekaanvallen vertonen patiënten met paniekstoornis vaak andere vormen van psychopathologie, zoals generaliseerde angst, sociale fobie, depressie en vooral agorafobie (Maser en Cloninger 1990).

Hoewel de DSM-III-R en de DSM-IV uitgaan van een categoriale indeling, staat het ter discussie in hoeverre er sprake is van goed omschreven naast of met elkaar voorkomende psychiatrische stoornissen óf van geleidelijk in elkaar overlopende verschijnselen die voortkomen uit een onderliggende affectieve stoornis (Stravrakaki en Vargo 1986).

In ons onderzoek worden psychische en somatische symptomen van patiënten met een paniekstoornis beschreven, zoals geregistreerd door de patiënt én door de onderzoeker. Verder wordt bezien wat voor vorm van vermijdingsgedrag het meest voorkomt en in hoeverre er binnen deze populatie sprake is van comorbiditeit met depressieve symptomatologie.

Doel van het onderzoek is te komen tot een omschrijving van kernsymptomatologie van paniekaanvallen, de symptomen van de patiënten te vergelijken met een normale populatie en de symptomatologie zoals de patiënt die weergeeft te vergelijken met de door de onderzoeker geregistreerde symptomatologie.

Methoden

In dit onderzoek worden die opeenvolgende patiënten op een polikliniek Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis onderzocht die lijden aan een paniekstoornis met of zonder vermijdingsgedrag en met of zonder depressie in engere zin (classificatie volgens DSM-III-R). Het psychiatrisch onderzoek vindt plaats door drie ervaren psychiaters.

De patiënten zijn allen verwezen door de huisarts en hebben weinig of geen behandelvoorgeschiedenis. Bij de diagnostiek vullen de onderzoekers de Munich Diagnostic Checklist (MDCL) in, een instrument dat is ontwikkeld als checklist-versie van het *structured clinical interview* (Hiller e.a. 1987). Bij paniekstoornis worden op de MDCL de symptomatologie en de ernst hiervan bij een paniekaanval gescoord - en tevens vorm en ernst van vermijdingsgedrag. De MDCL bevat dus ook kwantitatieve aspecten. De symptomatologie van de patiënten wordt bovendien geregistreerd met een 90-items tellende zelfbeoordelvragenlijst: de Symptom Checklist (SCL-90), (Derogotis e.a. 1973), echter in een aangepaste Nederlandse versie (Arrindell e.a. 1986). De SCL-90 bevat o.a. subschalen voor angst (ANG), vermijdingsgedrag (AGO), somatische klachten (SOM) en depressie (DEP). De schaal is ook in Nederland goed gevalideerd en er zijn onder andere normgroepen met poliklinische psychiatrische patiënten en met een normale populatie. De SCL-90 kent wel een categorie 'agorafobie', maar geen aparte categorie 'paniekstoornis', er bestaat een overlapping tussen (gegeneraliseerde) angstklachten (ANG) en klachten die passen bij een paniekaanval (Basoglu e.a. 1992). Een aantal SCL-90 items kan echter beschouwd worden als mede kenmerkend voor patiënten met paniekaanvallen; deze symptomen komen overeen met de criteria van de DSM-III-R voor paniekaanvallen. Het betreft hier de items: 04 (duizeligheid), 12 (pijn in hart/borststreek), 17 (trillen), 39 (hartkloppingen), 40 (misselijkheid), 48 (moeilijk adem kunnen krijgen), 49 (warm/koud voelen), 59 (denken aan dood of sterven), 72 (aanvallen van angst en paniek) en 86 (gedachten/voorstellingen van angstige aard). Veel van deze symptomen werden tot voor kort beschouwd als behorend tot het hyperventilatiesyndroom (Argyle en Roth 1989).

Resultaten

In totaal werden 38 opeenvolgende patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie onderzocht: 14 mannen en 24 vrouwen, in leeftijd variërend van 20-58 jaar (gemiddeld 40 jaar). De symptomen zoals gescoord op de MDCL staan in tabel 1. Daar staan ook de onderzoeksgegevens van Aronson (1988), De Beurs (1993) en Margraf (1987).

Opvallend is de grote mate van overeenkomst in symptomatologie in deze in opzet uiteenlopende onderzoeken. De meest genoemde symptomen in alle vier onderzoeken zijn: duizeligheid, dyspnoe, tachycardie en trillen. In ons onderzoek hadden 33 (86%) van de patiënten met een paniekstoornis last van vermijdingsgedrag. Dat vermijdingsgedrag, zoals gescoord op de MDCL, betrof met name reizen per auto of trein (55%), openbare gelegenheden bezoeken (55%), reizen (52%), in een menigte zijn (52%), alleen thuis zijn (36%), een lift gebruiken (27%), door tunnels gaan (21%) en alleen naar buiten gaan (21%). Onder 'openbare gelegenheden' verstonen wij in ons onderzoek ook winkelbezoek, vaak door de patiënten nadrukkelijk gemeld als angst inducerende situatie.

Op de MDCL worden minder symptomen gevraagd en gescoord dan op de zelfbeoordelvingsvragenlijst SCL-90. De op deze laatstgenoemde lijst door meer dan 50% van de patiënten gemelde klachten worden weergegeven in tabel 2. Achter de klacht staat op welke subschaal van de SCL-90 deze is ingedeeld.

Tabel 2: SCL-90-item-scores bij patiënten met paniekstoornis

Itemnummer	%	ANG	AGO	SOM (schaal)
02 Zenuwachtigheid, trillen van binnen	100	+		
72 Aanvallen van angst of paniek	95	+		
49 Warm/koud voelen	92			+
33 Je bang voelen	89	+		
50 Bepaalde plaatsen/ dingen vermijden	87		+	
23 Plotseling schrikken/ bang worden	87	+		
39 Hartkloppingen	87	+		
78 Rusteloosheid	84	+		
17 Trillen	84	+		
40 Misselijkheid	76			+
04 Duizeligheid	73			+
13 Angst op straat/ openbare ruimten	71		+	
82 Bang flauw te vallen	68		+	
48 Moeilijk adem krijgen	68			+
52 Verdoofd of tintelend gevoel	66			+
47 Angst openbaar vervoer	66		+	
75 Zenuwachtig indien alleen gelaten	66		+	
86 Gedachten/voorstellingen van angstige aard	66	+		
12 Pijn op borst/hartstreek	61			+
25 Bang alleen uit huis te gaan	57		+	

De onderzochte patiëntenpopulatie vertoonde als geheel (mannen en vrouwen) ten opzichte van de normgroep uit de Nederlandse bevolking (Arrindell en Ettema 1986) een significant verhoogde score op alle SCL-90-schalen. Indien we de populatie naar geslacht onderverdelen, blijkt dat de vrouwen op alle schalen - met uitzondering van hostiliteit (HOS) en insufficiëntie van denken en handelen (IN) - hogere scores halen dan de mannen (figuur 1). De resultaten op de SCL-90 worden weergegeven in tabel 3. Weergave gebeurt in de vorm van 95%-betrouwbaarheidsintervallen, waarbij getransformeerd wordt naar de normgroep waarvan de gemiddelde score bij alle SCL-90-subschalen op 50 wordt gesteld. De meest gerapporteerde agorafobische klachten op de SCL-90 zijn: het vermijden van openbare gelegenheden (82%), angst op straat en/of open ruimten (66%) en angst in het openbaar vervoer flauw te vallen (63%).

Indien we bezien van welke klachten de patiënten de meeste *last* hadden (score 4 en 5 op de SCL-90) ontstaat een ander beeld. Het hoogst scoren dan in aflopende frequentie: aanvallen van angst en paniek, bang voelen, zenuwachtigheid/trillen van binnen, het vermijden van plaatsen en dingen omdat je er bang voor wordt, warm en koud voelen, angst voor reizen met openbaar vervoer.

De groep patiënten met comorbiditeit 'paniekstoornis' en 'depressie' volgens DSM-III-R-classificatie (n = 11: 3 mannen, 8 vrouwen) heeft hogere scores op de subschalen ANG, AGO, SOM en - zoals te verwachten is - op de subschaal DEP. Ook de totaalscore op de SCL-90 (NEU) is in deze groep hoger (tabel 3).

Tabel 3: SCL-90 subschaal-scores, getransformeerd naar normale populatie

Patiëntengroep	Paniekstoornis+depressie	Paniekstoornis
SCL-schaal	95%-betrouwbaarheidsinterval	
ANG	92,65-109,35	79,93- 97,25
AGO	86,48-132,42	88,45-116,70
DEP	93,40-119,32	72,64- 91,96
SOM	70,83- 92,07	64,99- 77,15
IN	72,80- 90,48	63,16- 76,10
SEN	57,32- 86,32	60,51- 75,88
HOS	53,80- 69,84	55,13- 69,19
SLA	77,21- 88,26	59,29- 71,19
NEU	88,34-112,76	76,79- 93,95

ANG = Angst

AGO = Agorafobie

DEP = Depressie

SOM = Somatische klachten

IN = Insufficiëntie van denken en handelen

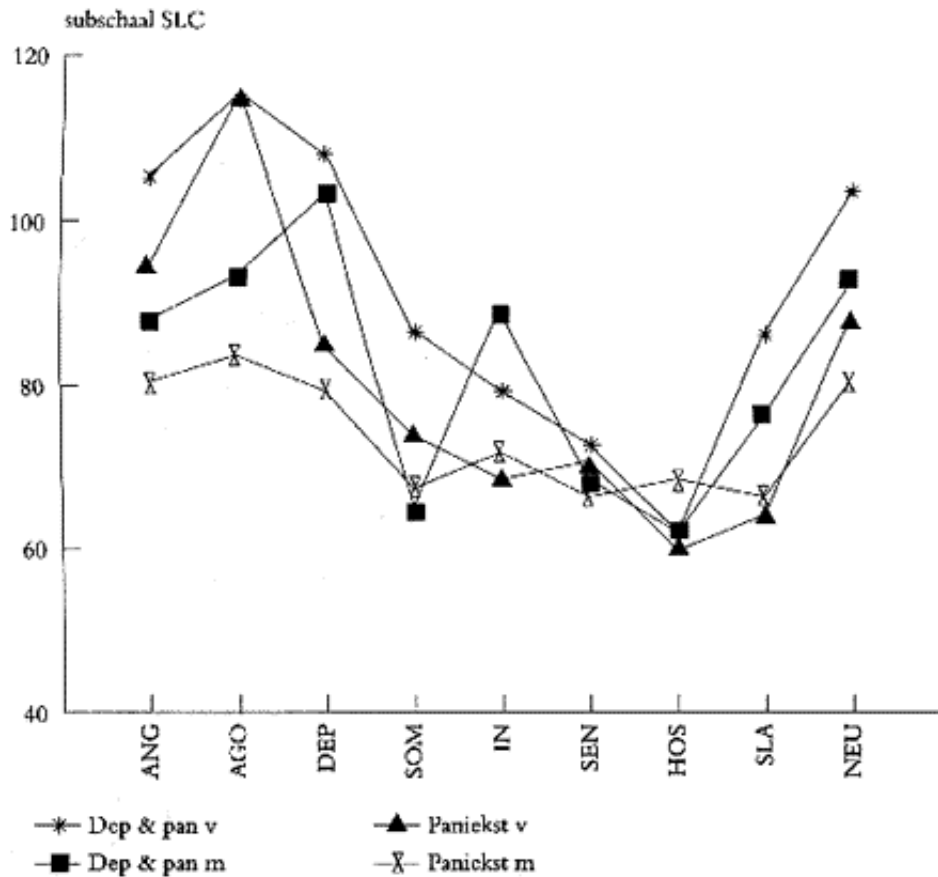
SEN = Wantrouwen

HOS = Hostiliteit

SLA = Slaapproblemen

NEU = Totaalscore

Figuur 1: SCL-90 scores patiënten t.o.v. normgroep (gem. 50; stdddev 10)



Discussie

Het aantal door de patiënten zelf gescoorde symptomen op de SCL-90 in deze studie was hoger dan de door Aronson (1988), Margraf e.a. (1987) en De Beurs (1993) gevonden aantallen, en komt overeen met de percentages bij door Argyle en Roth (1989).

In ons onderzoek werd de symptomatologie geregistreerd bij intake, evenals in het onderzoek van Argyle en Roth het geval was. Koeter e.a. (1992) stellen dat patiënten voor de behandeling aanvangt mogelijk hoger scores op de SCL-90 om hun hulpvraag te onderstrepen. Dit schept een hertest-probleem, daar de patiënten tijdens en na behandeling deze behoefte meestal niet meer hebben. Ook kan de gehanteerde retrospectieve methode resulteren in een overschatting van zowel het aantal symptomen als het aantal paniekaanvallen (Rapee e.a. 1990, De Beurs 1993).

Vrouwen scoren in ons onderzoek op alle subschalen, uitgezonderd HOS en IN van de SCL-90, hoger dan mannen; Aronson (1988), de Beurs (1993) en Margraf (1987) maken geen onderscheid in geslacht. Onze bevindingen komen overeen met de het scoreverloop in de algemene bevolking (Arrindell e.a. 1986).

De meeste hinder ervaren de patiënten niet van de frequent gerapporteerde somatische angstequivalenten, maar van psychische angst en agorafobie.

De door ons onderzoekers middels de MDCL meest gevonden somatische symptomen (duizeligheid, dyspnoe, hartkloppingen en transpiratie) liggen lager in frequentie dan die welke de patiënten zelf rapporteren. Deze symptomen komen overeen met de vier meest gerapporteerde symptomen in de studies van Mangraf, De Beurs en Aronson en zijn grotendeels dezelfde als die bij Argyle en Roth.

De SCL-90 onderscheidt onze groep ambulante patiënten met een paniekstoornis ten opzichte van een normpopulatie significant op alle subschalen, waardoor wellicht psychodiagnostiek met de SCL-90 bij patiënten met een paniekstoornis moeilijker wordt. Het meest onderscheidend is de SCL-90 op de score voor agorafobie. Dit komt overeen met ons eerdere onderzoek naar de differentiatie tussen paniekstoornis en depressie in een klinische populatie (Timmerman en Verhey 1994). Slechts een klein deel (14%) van onze poliklinische patiëntenpopulatie had geen last van agorafobie. Differentiatie tussen angst en depressie op basis van zelfbeoordelingslijsten is wellicht niet goed mogelijk door de hoge correlatie tussen angst- en depressieschalen (Huyser 1993). In ons onderzoek vinden we bij de patiënten met comorbide paniekstoornis en depressie volgens DSM-III-R-criteria een hogere DEP-score op de SCL-90 dan bij patiënten met alleen paniekstoornis. Ook hebben zij meer en ernstiger klachten. Dit komt overeen met de bevindingen van Sheehan e.a. (1982) maar is in tegenspraak met de uitkomsten van de studie van Stein e.a. (1990) waarin ernst, duur en mate van vermijdingsgedrag geen significante predictoren bleken voor het ontwikkelen van een depressie in engere zin bij patiënten met een paniekstoornis.

Samenvattend kan gesteld worden dat paniekaanvallen een kenmerkende symptomatologie vertonen, die (in verschillende studies bij uiteenlopende patiëntengroepen op diverse meetmomenten bepaald en met verschillende meetinstrumenten vastgelegd) reproduceerbaar is. Deze symptomatologie bestaat, behalve het hebben van een paniekgevoel, met name uit somatische angstequivalenten als duizeligheid, benauwdheid, tachycardie, transpiratie en trillen. De aanzienlijke comorbiditeit tussen paniekstoornis en agorafobie en depressie wordt bevestigd. Er is een grote overeenkomst tussen de symptomatologie, gescoord op de zelfbeoordelingsvragenlijst SCL-90, en de door de onderzoeker ingevulde MDCL. De onderzoekers scoorden echter beduidend minder symptomen dan de patiënten.

Literatuur

Argyle, N., en M. Roth (1989), *The Definition of Panic Attacks, part I. Psychiatric Developments*

, 3, p. 175-186.

Aronson, T.A., en C.M. Logue (1988), Phenomenology of panic attacks: A descriptive study of panic disorder patients self reports. *Journal Clinical Psychiatry*, 49, 1, p. 8-13.

Arrindell, W.A., en J.H.M. Ettema (1986), *Handleiding SCL-90*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Basoglu, M., I.M. Marks en S. Sengun (1992), A Prospective Study of Panic and Anxiety in Agoraphobia with Panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, p. 57-64.

Beurs, E. de (1993), *The Assessment and Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia*. Thesis Publishers, Amsterdam.

Clum, G.A., en J.W. Borden (1989), Etiology and treatment of panic disorders. *Progressive Behavior Modification*, 24, p. 192-222.

- Crowe, R.R., R. Noyes en D.L. Pauls (1983), A family study of panic disorder. *Archives General Psychiatry*, 140, p. 1065-1069.
- Derogatis, L., R.R.S. Lipman en L. Covi (1973), SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, p. 13-27.
- Faravelli, C., en S. Pallanti (1989), Recent life events and panic disorder. *American Journal Psychiatry*, 146, p. 622-626.
- Free, N.K., C.N. Winget en R.M. Whitman (1993), Separation anxiety in panic disorder. *American Journal Psychiatry*, 150, p. 595-599.
- Hiller, W., M. Zaudig en M. v. Bose (1989), The overlap between depression and anxiety on different levels of psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 16, p. 223-231.
- Huyser, J. (1993), *De symptomatologie van depressieve stoornissen en angststoornissen*. Thesis/Benecke Consultants, Amsterdam.
- Kahn, R.S., en H.M. van Praag (1992), Panic Disorder; A Biological Perspective. *European Neuropsychopharmacology*, 2, p. 1-20.
- Klass, E.T., P.A. Dinardo en D.H. Barlow (1988), DSM-III-R personality diagnosis in anxiety disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 29, p. 535-544.
- Margraf, J., C.B. Taylor, A. Ehlers e.a. (1987), Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, p. 558-565.
- Marks, J.M. (1986), Epidemiology of anxiety. *Social Psychiatry*, 21, 167-171.
- Maser, J.D., en R. Cloninger (ed.) (1990), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Press, Washington.
- Rapee, R.M., M.G. Craske en D.H. Barlow (1990), Subject described features of panic attacks using self monitoring. *Journal Anxiety Disorders*, 2, p. 203-217.
- Sheehan, D., V., en K.H. Sheehan (1982), The classification of phobic disorders. *International Journal Psychiatry Medicine*, 12, p. 243-266.
- Smeets, R.M.W. (1994), Het ABC van DSM en ICD. Classificeren een uitstervende cultuur? *18e Bunnik symposium 11-3-1994* In druk: COBO-Bulletin najaar 1994.
- Stein, M., M.E. Tancer en T.W. Uhde (1990), Major depression in patients with panic disorder: factors associated with course and outcome. *Journal Affective Disorders*, 19, p. 287-290.
- Stravakaki, C., en B. Vargo (1986), The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 149, p. 7-16.
- Timmerman, L., en L. Peppinkhuizen (1993), Panic Disorder-an Update. *State of the Art in Clinical Psychiatry*, 4, p. 4-12.
- Timmerman, L., en R. Verhey (1994), Differentiatie tussen depressie i.e.z. en paniekstoornis bij klinische psychiatrische patienten middels SCL-90. 'Tussen aanleg en milieu'. Posterpresentatie. *22e voorjaarscongres NVP 1994 samenvattingen*, p. 51.

Summary: Symptomatology of panic disorder

In this study we give a review of symptomatology, agoraphobia and depression in 38 outpatients with panic disorder. Symptomatology as rated by patients is compared with a rating by the investigators and with other studies. The conclusions are that panic disorder has a distinct symptomatology that can be replicated in divers studies. The registration of the attacks by patients and investigators is rather similar though the investigators score significantly fewer symptoms.

L. Timmerman is psychiater (Delta Psychiatrisch Ziekenhuis), A. Goedhart is psychiater (RIAGG Dordrecht), P. de Beurs is psychiater (Reinier de Graaf Ziekenhuis) en D.J. Stronks is psycholoog te Gouda. Correspondentieadres: L. Timmerman, Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 28-8-1994.