

Meetinstrumenten bij angststoornissen

A. J. L. M. VAN BALKOM, E. DE BEURS, J. E. J. M. HOVENS, I. M. VAN VLIET¹

SAMENVATTING Voor gebruik in de klinische praktijk bij de paniekstoornis met of zonder agorafobie, de sociale fobie, de obsessieve compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis zijn diverse meetinstrumenten beschikbaar, voornamelijk om de ernst van deze stoornissen te meten en om de verandering van de ernst van de klachten bij behandeling te monitoren. Op basis van de beschikbaarheid in het Nederlandse taalgebied, de gebruiksvriendelijkheid in de klinische praktijk en het gebruik in wetenschappelijk onderzoek worden een aantal meetinstrumenten besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)10, 687-692]

TREFWOORDEN angststoornissen, ernst, meetinstrument

Voor vier angststoornissen – de paniekstoornis met of zonder agorafobie, de sociale fobie ofwel sociale angststoornis, de obsessieve compulsieve stoornis (OCS) en de posttraumatische stressstoornis (PTSS), zijn valide Nederlandstalige meetinstrumenten beschikbaar die gemakkelijk in de klinische praktijk kunnen worden gebruikt. Behalve voor de posttraumatische stressstoornis bestaan er geen screeningsinstrumenten waarmee de clinicus in de tweede lijn angststoornissen op het spoor kan komen. Het meest voldoet het stellen van screeningsvragen voor deze angststoornissen zoals die staan beschreven in gestructureerde klinische interviews. Hieronder zullen alleen ernstmetingsinstrumenten aan bod komen die in de praktijk gebruikt kunnen worden om het beloop van de behandeling te monitoren.

PANIEKSTOORNIS MET OF ZONDER AGORAFOBIE

Voor paniekaanvallen en agorafobische vermijding bestaan diverse zelfinvullijsten. De frequentie en de ernst van paniekaanvallen worden bij voorkeur gemeten door middel van continue registratie van paniekaanvallen gedurende een periode van 2 tot 4 weken. De registratie houdt in dat de patiënt wordt voorzien van een pakketje re-

gistratieformulieren, waarop tijdstip en duur van de paniekaanvallen en de omstandigheden waaronder deze optraden, kunnen worden ingevuld. Vaak bevat het formulier ook een lijstje met de 13 symptomen van een paniekaanval, waarvan de patiënt kan noteren welke optraden. Een minder bewerkelijke, maar ook minder precieze methode is de patiënt vragen hoeveel paniekaanvallen er de afgelopen week/maand zijn opgetreden, zoals bijvoorbeeld gebeurt bij de *Mobility Inventory* (MI; Chambless e.a. 1985). Dit leidt echter vaak tot een aanzienlijke overschatting.

Een lijst die de relevante lichamelijke en psychische verschijnselen van paniekaanvallen meet, is de *Body Sensation Questionnaire* (BSQ; Chambless e.a. 1984; 17 vragen; invultijd 5 minuten). De mate waarin men zich zorgen maakt over paniekaanvallen kan worden gemeten met de *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (ACQ; Chambless e.a. 1984; 14 vragen; invultijd 5 minuten). Ernstindicaties van deze drie meetinstrumenten zijn aangegeven in tabel 1.

De MI is de meest gebruikte zelfinvullijst voor het meten van agorafobische vermijding. Hij omvat 3 delen. In deel 1 worden 26 situaties gepresenteerd en geeft de respondent aan in hoeverre die situaties worden vermeden onder 2 condities: alleen, en met een vertrouwde metgezel. De situa-

TABEL 1 Ernstindicaties van schalen voor de paniekstoornis met agorafobie

Schaal (scorebereik)	ACQ (0,00-5,00)		BSQ (0,00-5,00)		MI (0,00-5,00)	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Ernstindicatie						
zeer laag	< 1,14	< 1,14	< 1,25	< 1,31	< 2,00	< 2,68
laag	1,14 - 1,57	1,14 - 1,50	1,25 - 1,71	1,31 - 1,88	2,00 - 2,95	2,68 - 3,03
benedengemiddeld	1,58 - 1,79	1,51 - 2,07	1,72 - 2,00	1,89 - 2,35	2,96 - 3,34	3,04 - 3,64
gemiddeld	1,80 - 2,29	2,08 - 2,36	2,01 - 2,35	2,36 - 2,87	3,35 - 3,73	3,65 - 4,20
bovengemiddeld	2,30 - 2,71	2,37 - 2,86	2,36 - 2,82	2,88 - 3,29	3,74 - 4,34	4,21 - 4,68
hoog	2,72 - 3,89	2,87 - 3,50	2,83 - 3,76	3,30 - 4,06	4,35 - 4,82	4,69 - 4,95
zeer hoog	> 3,89	> 3,50	> 3,76	> 4,06	> 4,82	> 4,95

ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire
 BSQ = Body Sensation Questionnaire
 MI = Mobility Inventory

ties bestrijken het gehele agorafobische domein. In deel 2 wordt de respondent gevraagd 5 situaties te selecteren waarvan de vermijding het functioneren het sterkst in negatieve zin beïnvloedt. Ten slotte wordt in deel 3 de actieradius van patiënten vastgesteld door te vragen naar het gebied waarbinnen ze zonder angst durven te reizen. Het invullen kost 10 minuten.

Naast de bovengenoemde zelfinvullijsten, is er de *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS; Shear e.a. 1994). Dit is een beoordelaarslijst voor de ernst van paniekstoornis en agorafobie met goede psychometrische eigenschappen die in 5 tot 10 minuten afgenomen kan worden. In 7 items komen alle relevante aspecten van paniekstoornis met agorafobie aan bod. Het instrument is in het Nederlands vertaald, maar er zijn nog geen Nederlandse normen voorhanden. Met de PDSS kan wel de voortgang in de behandeling gevolgd worden.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Het is aan te bevelen om periodiek, bijvoorbeeld eens in de drie maanden, de voortgang in de behandeling te meten met een keuze uit de bovenbeschreven meetinstrumenten, afhankelijk van de aanwezigheid van paniekaanvallen en/of agorafobie.

SOCIALE FOBIE OF SOCIALE ANGSTSTOORNIS

De in de klinische praktijk en onderzoek meest gebruikte vragenlijst om de ernst van sociale angst en sociaal vermijdingsgedrag te meten en te vervolgen is de *Liebowitz Social Anxiety Scale*, (LSAS; Heimberg e.a. 1999). De LSAS omvat 24 vragen, 11 over sociale situaties (zoals met belangrijke mensen praten, naar een feestje gaan) en 13 over situaties waarin men moet presteren (zoals schrijven terwijl een ander toekijkt). Al deze situaties worden op een 4-puntsschaal 2 keer gescoord: 1 keer voor de mate van angst en 1 keer voor de mate van vermijding. De LSAS bevat 4 subschalen: sociale angst, sociale vermijding, prestatieangst, prestatievermijding. Daarnaast kan een totaalscore angst en een totaalscore vermijding bepaald worden. Psychometrische gegevens zijn voor de Nederlandse situatie nog niet beschikbaar. Alhoewel de LSAS ontwikkeld is als beoordelaarslijst, blijkt geen verschil tussen de door de patiënten zelf en de door de beoordelaars ingevulde LSAS-scores (Fresco e.a. 2001). Wat betreft de ernst wordt in de klinische praktijk aangehouden dat mensen zonder sociale angstklachten 10 of lager scoren. Hoger dan 50 wordt beschouwd als passend bij matige tot ernstige sociale angst. Het afnemen en invullen kost ongeveer 10 minuten.

De *Social Phobia Scale* (SPS; 20 vragen; invultijd 5-10 minuten) is ontwikkeld door Mattick & Clarke (1998). Met de 20 vragen die in ernst van

o t/m 4 gescoord kunnen worden, wordt de angst gemeten anticiperend op situaties waarin men geobserveerd of beoordeeld wordt door andere mensen. Er zijn geen Nederlandse validatiecijfers bekend. De *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick & Clarke 1998; 20 vragen; invultijd 5-10 minuten) is een vergelijkbare vragenlijst, waarvoor geen Nederlandse psychometrische validatiegegevens bekend zijn. De SPS en de SIAS worden vaak beide gebruikt, omdat ze elkaar aanvullen wat betreft het meten van 2 domeinen van sociale angst, namelijk de beoordeling door anderen en interactionele situaties.

De *Fear of Negative Evaluation Scale* (FNES; Watson & Friend 1969; 30 vragen; invultijd 10 minuten) meet angst voor beoordeling door anderen, verwachting van negatieve beoordeling, vermijdingsgedrag en verstoring gerelateerd aan negatieve evaluatie. De Nederlandse vertaling heeft goede psychometrische kwaliteiten (Bögels & Reith 1999).

De *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (IOA; 2 x 35 vragen; invultijd 10-15 minuten) is een al wat langer bestaande vragenlijst die ontwikkeld is door Van Dam-Baggen & Kraaimaat (1987) en die door hen gevalideerd is. In deze vragenlijst worden zowel sociale angst als sociaal vermijdingsgedrag op een 5-puntsschaal aangegeven.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Om de effecten van behandeling op de ernst en het beloop van de sociaal-fobische symptomatologie te vervolgen, is het raadzaam om met een regelmaat van steeds enkele weken, en later maanden, een beoordelingslijst in te (laten) vullen. De *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) wordt hiervoor het meest gebruikt en is eenvoudig toepasbaar.

OBSESSIEVE COMPULSIEVE STOORNIS

Voor de OCS worden momenteel twee instrumenten gebruikt met goede psychometrische eigenschappen, die specifiek de ernst van OCS-klachten evalueren en sensitief zijn voor verandering. Het zijn de *Padua Inventory-Revised* (PI-R), een zelfinvullijst, en de *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), een beoordelaarschaal. Van beide schalen is een gevalideerde Nederlandse versie beschikbaar (Van Oppen, Hoekstra e.a. 1995; Van Oppen, Emmelkamp e.a. 1995). Beide schalen maken valide onderscheid tussen patiënten met OCS, niet-zieke personen, en patiënten met andere angststoornissen. De DSM-IV-criteria voor dwanggedachten en/of dwanghandelingen worden door beide lijsten gedekt. De ernstindicaties van de scores op beide schalen zijn weergegeven in tabel 2.

TABEL 2 Ernstindicaties van de schalen voor de obsessieve compulsieve stoornis (OCS)

Schaal (scorebereik)	Ernstindicatie	
PI-R (0-164)	zeer laag	0-26
	laag	27-46
	beneden gemiddeld	47-56
	gemiddeld	57-76
	boven gemiddeld	77-86
	hoog	87-106
	zeer hoog	107-164
Y-BOCS (0-40)	geen OCS	0-7
	lichte OCS	8-15
	matig ernstige OCS	15-25
	ernstige OCS	25-40

PI-R = Padua Inventory-Revised

Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

De PI-R omvat 41 items die gescoord worden op een 5-puntsschaal (score 0-4; scorebereik 0-164). De items dekken de meest voorkomende dwangklachten en clusteren op 5 subschalen: impulsen, wassen, checken, rumineren en nauwkeurigheid. De schaal kan dus ook goed gebruikt worden om dwangfenomenologie helder te krijgen. In een normgroep normale personen ligt de gemiddelde score tussen 16 en 27, vergeleken met een gemiddelde score tussen 57 en 76 voor patiënten met OCS. Aangezien aanwezigheid en ernst van verschillende dwangklachten worden geëvalueerd, volstaat het niet om alleen naar de totaalscore op de PI-R te kijken. Patiënten met alleen een ernstige wasdwang bijvoorbeeld, hebben een relatief lage totaalscore (bijvoorbeeld 51 van 164), maar vanzelfsprekend wel een hoge score op de subschaal 'wassen' (bijvoorbeeld 31 van 40).

De Y-BOCS bestaat uit een checklist en een ernstschaal. De ernstschaal kan gebruikt worden om het effect van een behandeling te evalueren en kan in de spreekkamer worden afgenomen in ongeveer 10 minuten. Met het afnemen van de checklist is de clinicus, afhankelijk van de klachten van de patiënt, ongeveer 20 minuten bezig. Deze schaal kan gebruikt worden in het kader van een intake of bij het begin van een cognitieve gedragstherapie om een goed beeld te krijgen van aanwezige dwangklachten. In vergelijking met de PI-R wordt met de Y-BOCS een groter aantal symptomen uitgevraagd, geclusterd rond wassen, controleren, tellen, herhalen, verzamelen en een restcategorie.

De Y-BOCS-ernstschaal bestaat uit 10 items die de ernst van de obsessies (5 items) en compulsies (5 items) meten op een 5-puntsschaal (score 0-4; scorebereik 0-40). Deze schaal geeft dus geen inzicht in de aard van de dwangklachten. Er wordt een beoordeling gegeven over de tijdsduur van dwanggedachten en dwanghandelingen, de mate waarin de patiënt hinder ondervindt van deze symptomen in zijn dagelijks leven, de angst die met deze klachten gepaard gaat, de mate waarin de patiënt weerstand biedt tegen deze klachten en de mate waarin hij er controle over heeft. Er zijn geen normgegevens beschikbaar van de Y-BOCS-ernst-

schaal. De interpretatie van ernstscores is niet gebaseerd op onderzoek, eerder op klinische intuïtie (gemodificeerd naar: Eisen & Steketee 1997).

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

De Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale checklist (Y-BOCS) kan heel goed worden gebruikt in de intakefase, bij een patiënt bij wie de diagnose OCS is gesteld en bij wie de behandelaar wil weten wat de dwanggedachten en dwanghandelingen inhouden. De Y-BOCS-ernstschaal en de Padua Inventory-Revised (PI-R) worden aanbevolen om het beloop van de klachten te meten.

POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

De PTSS wordt vaak niet herkend als er geen traumatische gebeurtenis bekend is. Als er wel een traumatische gebeurtenis bekend is, wordt de diagnose vaak te snel gesteld, zelfs door ervaren clinici (Hovens 1994). Als screeningslijst wordt wereldwijd de Impact of Event Scale gebruikt (in het Nederlands bekend als de Schokverwerkingslijst (SVL; Brom & Kleber 1985). De SVL stelt 15 vragen over herbelevingen en vermijding van een meege maakte gebeurtenis. De items worden gescoord op een 4-puntsschaal. Een score boven 26 punten op deze lijst is een indicatie voor een PTSS. De invultijd is 5-10 minuten.

In Nederland is de Zelf Inventarisatie Lijst Posttraumatische Stress (ZIL) ontwikkeld (Hovens e.a. 2000). Deze zelfinvullijst bestaat uit 22 items die nauwgezet de DSM-IV-symptomen volgen. De items die niet zijn gerelateerd aan een specifieke gebeurtenis worden gescoord op een 4-puntsschaal en meten de intensiteit van de symptomen. De ZIL heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit voor PTSS en de totaalscore correleert goed met de klinische diagnostiek. De invultijd is 10 minuten. Daarnaast kan door middel van een algoritme een 'DSM-IV-diagnose' gegenereerd worden. De SVL en de ZIL kunnen in principe ook gebruikt worden voor het bepalen van de ernst van de stoornis en voor het monitoren van het beloop en de behande-

ling. Betrouwbare gegevens daarover zijn (nog) niet voorhanden.

De *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)*, in het Nederlands bekend als het *Klinisch Interview voor PTSS (KIP)*; Hovens 1994) beschouwt men als de gouden standaard voor het stellen van de diagnose PTSS. Daarnaast worden in de KIP dimensionaal de frequentie en de intensiteit van de symptomen vastgelegd, waardoor deze uitermate geschikt is voor het volgen van het beloop. De KIP heeft een goede validiteit en een hoge interbeoordelaarsovereenstemming (Hovens 1994).

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Bij een sterk vermoeden in de klinische praktijk van een PTSS is het *Klinisch Interview voor PTSS (KIP)* het aangewezen diagnostische instrument. De *Schokverwerkingslijst (SVL)* en de *Zelf Inventarisatie Lijst Posttraumatische Stress (ZIL)* kunnen worden gebruikt om het beloop van de klachten tijdens de behandeling te monitoren.

NOOT

1. De auteursvolgorde is alfabetisch. Alle auteurs hebben evenredig bijgedragen aan dit artikel.

LITERATUUR

- Bögels, S.M., & Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 51-66.
- Brom, D., & Kleber, R.J. (1985). De schokverwerkingslijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., e.a. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., e.a. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (1987). *Handleiding Inventarisatielijst omgaan met anderen*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Eisen, J., & Steketee, G. (1997). Course of illness in OCD. In L.J. Dick-

stein, M.B. Riba & J.M. Oldham, *Review of Psychiatry. Volume 16* (pp. 73-96). Washington DC: Merican Psychiatric Press.

- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., e.a. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of a self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R., e.a. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Hovens, J.E. (1994). *Research into the psychodiagnostics of posttraumatic stress disorder*. Delft: Eburon.
- Hovens, J.E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H.M. (2000). *Zelf Inventarisatie Lijst Posttraumatische Stressstoornis, Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia, srutinity fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Oppen, P. van, Emmelkamp, P.M.G., van Balkom, A.J.L.M., e.a. (1995). The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 241-248.
- Oppen, P. van, Hoekstra, R.J., & Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- Shear, M.K., & Maser, J.D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research: A conference report. *Archives of General Psychiatry*, 51, 346-354.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457

AUTEURS

A.J.L.M. VAN BALKOM is psychiater en hoogleraar evidence-based psychiatry, afdeling psychiatrie VU-Medisch Centrum en academische afdeling GGZ Buitenamstel te Amsterdam.

E. DE BEURS is psycholoog en universitair hoofddocent, afdeling psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden.

J.E.J.M. HOVENS is psychiater en A-opleider, DeltaBouman Psychiatrisch Ziekenhuis te Poortugaal.

I.M. VAN VLIET is psychiater en universitair hoofddocent, afdeling psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden.

Correspondentieadres: prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, Afdeling psychiatrie Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam. Tel. (020) 5736670.

E-mail: vanbalkom@ggzba.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-6-2004.

SUMMARY

Instruments for measuring anxiety disorders – A.J.L.M. van Balkom, E. de Beurs, J.E.J.M. Hovens, I.M. van Vliet –

In clinical practice several measuring instruments are available for use with patients suffering from panic disorders with or without agoraphobia, social phobia, obsessive compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. Most of the instruments are designed primarily to measure the severity of symptoms and to monitor any changes that occur in the course of treatment. We discuss a number of measuring instruments on the basis of their availability in Dutch/Flemish language areas, their user-friendly qualities in clinical practice and their usefulness for scientific research into anxiety disorders.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)10, 687-692]

KEY WORDS anxiety disorders, assessment, severity

ZIE VOOR DE AANBEVOLEN MEETINSTRUMENTEN WWW.TIJDSCRIFTVOORPSYCHIATRIE.NL
