

De epidemiologie van paniek

N.M. BATELAAN, R. DE GRAAF, A.J.L.M. VAN BALKOM,
W.A.M. VOLLEBERGH, A.T.F. BEEKMAN

ACHTERGROND Er bestaat onduidelijkheid over de klinische relevantie van de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis.

DOEL Het bepalen van de klinische relevantie van de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis.

METHODE Via Medline en PsycINFO is gezocht naar bevolkingsonderzoeken vanaf 1980, gebruikmakend van de zoektermen 'general population', 'psychiatr*', 'prevalence' en 'panic'. Uit de gevonden literatuur is een overzicht van de epidemiologie van paniek samengesteld, op basis waarvan de klinische relevantie is bepaald.

RESULTATEN De levensprevalentie van de paniekstoornis is 2,1%, de subsyndromale paniekstoornis komt frequenter voor (limited symptom attacks 7,5%; infrequent panic attacks 5,1%). De levensprevalentie van psychiatrische comorbiditeit is hoog. Het risico- en symptoomprofiel voor de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis zijn gelijk. Beide hebben een ongunstig beloop. Bij de paniekstoornis bestaat een verhoogd risico op een depressie; de subsyndromale paniekstoornis is een specifieke voorloper van psychopathologie. Zowel de paniekstoornis als de subsyndromale paniekstoornis gaan gepaard met suïcidaliteit, beperkingen en zorggebruik, ook na correctie voor comorbiditeit.

CONCLUSIE Ook panieklachten die niet voldoen aan de DSM-criteria voor de paniekstoornis kunnen pathologisch zijn. De paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis zijn beide klinisch relevant.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)3, 195-205]

TREFWOORDEN bevolkingsonderzoek, comorbiditeit, epidemiologie, paniekstoornis, subsyndromaal

Panieklachten komen frequent voor. In het DSM-classificatiesysteem wordt paniek pathologisch genoemd als voldaan wordt aan de criteria van de paniekstoornis. Bij onvoldoende symptomen per aanval of onvoldoende aanvallen kan van een subsyndromale paniekstoornis worden gesproken: 'fearful spell', 'limited symptom attack', 'sporadic panic', 'infrequent panic attack' of 'subsyndromal panic' (Eaton e.a. 1994; Joyce e.a. 1989; Katerndahl & Realini 1993; Katerndahl & Realini 1997b; Klerman e.a. 1991; Von Korff e.a. 1985; Reed & Wittchen 1998;

Vollrath e.a. 1990). Psychische stoornissen liggen vaak op een continuüm zonder betekenisvolle drempelwaarden (Beekman & Ormel 2004; Kessler e.a. 2003). Daardoor is het moeilijk aan te geven welk type panieklachten 'normaal' is en welk type pathologisch en ook welk type panieklachten klinisch relevant is. Algemeen bevolkingsonderzoek is geschikt om de (mate van) klinische relevantie van een psychisch syndroom te bepalen. Onderzoek in de ggz is hiervoor niet geschikt, omdat slechts een klein deel van de mensen met een

TABEL 1 Onderzoeken vanaf 1980 naar de prevalentie van de paniekstoornis in de algemene bevolking

Onderzoek	Steekproefgrootte	Meetinstrument en DSM-versie	Levensprevalentie (SE)	12-maands- prevalentie (SE)	1-maands- prevalentie (SE)
Australian National Mental Health Survey (Andrews e.a. 2001)	10641	CIDI DSM-IV	–	1,1% (0,1)	0,5% (0,1)
Christchurch Psychiatric Epidemiology Study (Joyce e.a. 1989; Weissman e.a. 1997)	1498	DIS DSM-III	2,2% (0,4)	1,3% (0,34)**	–
Edmonton Survey (Dick e.a. 1994)	3258	DIS DSM-III	1,2% (0,2)	–	–
Epidemiologic Catchment Area Study (Eaton e.a. 1991)	19498	DIS DSM-III	1,57% (0,13)	0,91% (0,10)	0,53% (0,07)
European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Alonso e.a. 2004c)	21425	CIDI DSM-IV	2,1%*	0,8%*	–
Florence Community Survey of Anxiety Disorders (Weissman e.a. 1997)	1100	DIS DSM-III	2,9% (0,83)**	1,3% (0,45)**	–
French Study of Psychiatric Disorders (Weissman e.a. 1997)	1746	DIS DSM-III	2,2% (0,46)**	0,9% (0,30)**	–
German Health Interview and Examination Survey (Jacobi e.a. 2004)	4181	CIDI DSM-IV	3,9% (0,3)	2,3% (0,2)	1,1% (0,2)
Icelandic Cohort Study (Stefánsson e.a. 1991; Stefánsson e.a. 1994)	862	DIS DSM-III	2,1% (0,5)	1,1% (0,4)	0,5% (0,2)
Korean Epidemiologic Study of Mental Disorders (Weissman e.a. 1997)	5100	DIS DSM-III	1,7% (0,19)**	1,5% (0,17)**	–
Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (Offord e.a. 1996)	9953	CIDI DSM-III-R	–	1,1% (0,2)	–
Mexican American Prevalence and Services Survey (Vega e.a. 1998)	3012	CIDI DSM-III-R	1,7% (0,3)	–	–
Munich Follow-up Study (Wittchen e.a. 1992; Weissman e.a. 1997)	483	DIS DSM-III	2,39% (0,53)	1,7% (0,67)**	–
National Comorbidity Study (Kessler e.a. 1994; Eaton e.a. 1994)	8098	CIDI DSM-III-R	3,5% (0,3)	2,3% (0,3)	1,5% (0,2)
Netherlands Mental Health and Incidence Study (Bijl e.a. 1997)	7076	CIDI DSM-III-R	3,8% (0,2)	2,2% (0,2)	1,5% (0,1)
Norwegian Psychiatric Epidemiological Study (Kringlen e.a. 2001)	2066	CIDI DSM-III-R	4,5% (0,5)	2,6% (0,3)	–
Panic Attack Care-Seeking Threshold Study (Katerndahl & Realini 1993)	1306	SCID DSM-III-R	3,8% (0,5)	–	–
Puerto Rico Study of Psychiatric Disorders (Canino e.a. 1987)	1513	DIS DSM-III	1,7% (0,4)	–	–
Taiwan Psychiatric Epidemiological Project (Weissman e.a. 1997)	11004	DIS DSM-III	0,4% (0,06)**	0,2% (0,04)**	–
The Zurich Study (Vollrath e.a. 1990)	1930	SPIKE DSM-III	–	0,5%*	–

Onderzoeken gevonden in Medline en/of PsycINFO

CIDI = Composite International Diagnostic Interview

DIS = Diagnostic Interview Schedule

SCID = Structured Clinical Interview

SPIKE = Structured psychopathological interview and rating of the social consequences of phobic disturbances for epidemiology

SE = standaardfout

* SE onbekend

** Gestandaardiseerd naar leeftijd- en sekseverdeling van de volkstelling vs 1980

angststoornis hier terechtkomt (Ormel e.a. 1995) en deze mensen vooral ernstige stoornissen hebben (Pincus e.a. 1999). Dit literatuuronderzoek richt zich daarom op de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis in de algemene bevolking, met als vraag of panieklachten pas pathologisch zijn als ze voldoen aan de DSM-criteria voor de paniekstoornis. Tevens wordt getracht een oordeel te vormen over de klinische relevantie van de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis. Van beide worden hiertoe de volgende aspecten onderzocht: prevalentie, risico-indicatoren, klachtenpatroon, beloop, functioneren en zorggebruik.

METHODE

Via Medline en PsycINFO is gezocht naar bevolkingsonderzoeken vanaf 1980. Voor het vinden van prevalenties zijn de zoektermen 'general population', 'psychiatr*' en 'prevalence' gebruikt, voor het opsporen van overige informatie 'general population' en 'panic*'. Aanvullend werden artikelen uit de literatuuropgaven gebruikt.

Twintig onderzoeken betreffende de paniekstoornis en 6 onderzoeken over de subsyndromale paniekstoornis voldeden aan de door ons gestelde criteria: (1) paniekstoornis of subsyndromale paniekstoornis; (2) volwassenen of adolescenten; (3) representatieve steekproef uit de algemene bevolking; (4) vis-a-vis-interview; (5) gebruik van gestandaardiseerd meetinstrument en DSM-classificatiesysteem; en (6) rapportage van de levens-, 12-maands- of 1-maandsprevalentie. De meeste onderzoeken waren transversaal van opzet; 5 waren prospectief. Eén onderzoek was in internationaal verband uitgevoerd, 9 in nationaal verband en de overige onderzoeken bevatten respondenten uit stedelijke gebieden of bepaalde regio's. In de gevonden literatuur werd de subsyndromale paniekstoornis op verschillende manieren gedefinieerd. 'Limited symptom attacks' (LSA) zijn angstaanvallen in situaties, waarin de meeste mensen niet angstig zouden zijn, gepaard gaand met minder dan 4 symptomen die nodig zijn om volgens het

DSM-classificatiesysteem van een paniekaanval te spreken. Angstaanvallen met ten minste 4 symptomen die onvoldoende frequent plaatsvinden voor de diagnose paniekstoornis worden in de literatuur 'infrequent panic attacks' (IPA) genoemd. De subsyndromale paniekstoornis omvat zowel LSA als IPA. Comorbiditeit is gedefinieerd als 'het voorkomen van meerdere stoornissen bij één persoon in een bepaalde tijdsperiode' (Burke e.a. 1990). Van de prevalenties werd een gemiddelde uitgerekend, gewogen naar het aantal respondenten. De prevalenties van IPA en LSA zijn soms vanuit gerapporteerde totaalpercentages berekend.

RESULTATEN

Prevalentie De paniekstoornis komt frequent voor, zie tabel 1. Het gewogen gemiddelde van de levensprevalentie is 2,1%, van de 12-maandsprevalentie 1,2%, en van de 1-maandsprevalentie 0,9%. De meeste prevalenties komen met elkaar overeen, maar in bevolkingsonderzoeken in Taiwan en Zwitserland zijn veel lagere prevalenties gevonden. Zoals tabel 2 laat zien, komt de subsyndromale paniekstoornis vaker voor dan de paniekstoornis. De gemiddelde levensprevalentie van LSA is 7,5%, van IPA 5,1%. De spreiding van prevalenties van LSA en IPA is groter dan die van de paniekstoornis.

Risico-indicatoren In de gepresenteerde onderzoeken is slechts een beperkt aantal risico-indicatoren onderzocht. Alle risico-indicatoren zijn daarbij bivariaat onderzocht waarbij het significantieniveau niet altijd is aangegeven. Eén onderzoek vermeldt dat multivariate analyse dezelfde resultaten oplevert als bivariate analyse (Eaton e.a. 1994).

Een duidelijk verband tussen de paniekstoornis en leeftijd ontbreekt voor leeftijdsgroepen tot 65 jaar (Canino e.a. 1987; Dick e.a. 1994; Eaton e.a. 1991; Eaton e.a. 1994; Joyce e.a. 1989). Bij leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar komt de paniekstoornis minder frequent voor (Dick e.a. 1994; Eaton e.a. 1991). De prevalentie van de paniekstoornis is bij

TABEL 2 Onderzoeken vanaf 1980 naar de prevalentie van de subsyndromale paniekstoornis in de algemene bevolking

Onderzoek	Steekproefgrootte	Meetinstrument en DSM-versie	Levensprevalentie (SE)	1-maandsprevalentie (SE)
Early Developmental Stages of Psychopathology Study (adolescenten) (Reed & Wittchen 1998)	3021	CIDI DSM-IV	LSA 4,2%* IPA 2,7%*	- -
Epidemiologic Catchment Area Study (Eaton e.a. 1991)	19498	DIS DSM-III	LSA 9,7%* IPA 5,9%*	- -
Christchurch Psychiatric Epidemiology Study (Joyce e.a. 1989)	1498	DIS DSM-III	IPA 5,6%*	-
Munich Follow Up Study (Wittchen 1986)	481	DIS DSM-III	LSA 4,9%* IPA 4,3%*	- -
National Comorbidity Study (Eaton e.a. 1994)	8098	CIDI DSM-III-R	LSA 4,3%* IPA 3,8%*	LSA 0,8%* IPA 0,7%*
Panic Attack Care-Seeking Threshold Study (Katerndahl & Realini 1993)	13061	SCID DSM-III-R	LSA 2,2% (0,4) IPA 5,6% (0,6)	- -

Onderzoeken gevonden in Medline en/of PsycINFO
 De subsyndromale paniekstoornis omvat zowel LSA als IPA.
 CIDI = Composite International Diagnostic Interview
 DIS = Diagnostic Interview Schedule
 SCID = Structured Clinical Interview
 SE = standaardfout
 LSA = limited symptom attacks
 IPA = infrequent panic attacks
 * SE onbekend

vrouwen anderhalf tot driemaal zo hoog als bij mannen, zo blijkt uit vrijwel elk onderzoek (Canino e.a. 1987; Eaton e.a. 1991; Eaton e.a. 1994; Hwu e.a. 1989; Kringlen e.a. 2001; Reed & Wittchen 1998; Stefánsson e.a. 1991; Vega e.a. 1998; Vollrath e.a. 1990; Weissman e.a. 1997; Wittchen 1986; Wittchen e.a. 1998). Hoewel de National Comorbidity Study geen verband met huwelijkse staat vindt (Eaton e.a. 1994), rapporteren verschillende onderzoeken dat de paniekstoornis vaker voorkomt bij weduwen, weduwnaars en gescheiden mensen (Bland e.a. 1988a; Von Korff e.a. 1985; Stefánsson e.a. 1994). De paniekstoornis komt frequenter voor bij een laag opleidingsniveau (Eaton e.a. 1994; Von Korff e.a. 1985), soms is dat niet significant (Canino e.a. 1987). Tegenstrijdige resultaten zijn gevonden voor werkstatus (Bland e.a. 1988b; Leon e.a. 1995), inkomensniveau (Eaton e.a. 1994; Leon e.a. 1995) en stedelijkheid (Canino e.a. 1987; Eaton e.a. 1994; Hwu e.a. 1989; Lee e.a. 1990; Robins e.a. 1984; Stefánsson e.a. 1991; Vega e.a. 1998). De onderzoeken die etniciteit als risico-indicator hebben on-

derzocht, vonden hiermee geen verband (Eaton e.a. 1991; Eaton e.a. 1994; Katerndahl & Realini 1993). Voor de subsyndromale paniekstoornis zijn verbanden met risico-indicatoren gerapporteerd die sterk lijken op die van de paniekstoornis (Eaton e.a. 1994; Katerndahl & Realini 1993; Von Korff e.a. 1985; Reed & Wittchen 1998). Uitzondering is een niet-significant sekseverschil voor LSA in de Panic Attack Care-Seeking Threshold Study (Katerndahl & Realini 1993). Daarnaast is bij de subsyndromale paniekstoornis minder vaak sprake van werkloosheid of afhankelijkheid van bijstands- of arbeidsongeschiktheidsuitkering dan bij de paniekstoornis (Leon e.a. 1995).

Symptoomprofiel De meest voorkomende symptomen tijdens een aanval zijn bonzend hart, zweten, koude- en warmtevlagen en trillen, zowel bij de paniekstoornis als bij de subsyndromale paniekstoornis (Joyce e.a. 1989; Von Korff e.a. 1985). Vergeleken met de paniekstoornis worden bij de subsyndromale paniekstoornis minder

symptomen per aanval gerapporteerd, minder aanvallen per maand, maken mensen zich minder vaak zorgen over de aanvallen of de consequenties ervan, en vindt gedragsverandering na de eerste aanval minder vaak plaats (Klerman e.a. 1991; Reed & Wittchen 1998). Mensen met een paniekstoornis vermijden meestal enigszins (Reed & Wittchen 1998), echter hooguit de helft voldoet aan de criteria voor agorafobie (Eaton e.a. 1991; Eaton e.a. 1994; Weissman e.a. 1997). Mensen met een subsyndromale paniekstoornis vermijden minder vaak (Katerndahl & Realini 1997a; Reed & Wittchen 1998), maar voldoen even vaak aan de criteria voor agorafobie als mensen met een paniekstoornis (Klerman e.a. 1991).

Comorbiditeit Het percentage mensen met een paniekstoornis met comorbiditeit is groter dan 80% (Dick e.a. 1994; Klerman e.a. 1991). De comorbiditeit in het voorafgaande jaar is groter dan 60% (Alonso e.a. 2004a; Jacobi e.a. 2004). Bijna 50% heeft naast de paniekstoornis in diezelfde periode minstens 3 andere psychische stoornissen (Jacobi e.a. 2004). De levenscomorbiditeit van de subsyndromale paniekstoornis is 71% (Klerman e.a. 1991).

Cijfers over specifieke comorbide stoornissen variëren per onderzoek (Alonso e.a. 2004a; Dick e.a. 1994; Katerndahl & Realini 1997a; Klerman e.a. 1991; Ravelli e.a. 1998). In Nederland komen naast de paniekstoornis vooral comorbide affectieve stoornissen en andere angststoornissen voor. Zo heeft van de mensen met een paniekstoornis bijna de helft een depressie in hetzelfde jaar (Ravelli e.a. 1998). Dit is vergelijkbaar met Amerikaanse cijfers voor zowel de paniekstoornis als de IPA (Roy-Byrne e.a. 2000).

Comorbiditeit kan ook in het beloop van de paniekstoornis ontstaan. Een kwart van de mensen met een paniekstoornis ontwikkelt binnen een jaar een tweede psychische stoornis (Johnson e.a. 1990). Er bestaat een verhoogd risico van het ontwikkelen van een depressie (Kessler e.a. 1998). Er werd geen significant risico van latere alcoholproblematiek gevonden (Early Developmental Stages of

Psychopathology Study; Zimmermann e.a. 2003).

Comorbiditeit kan ook ontstaan in het beloop van de subsyndromale paniekstoornis: IPA hebben voorspellende waarde voor het ontstaan van een angststoornis (De Graaf e.a. 2002), een depressie (Kessler e.a. 1998) en alcoholmisbruik (Zimmermann e.a. 2003); dit geldt ook voor IPA in de voorgeschiedenis (Kessler e.a. 1998; Zimmermann e.a. 2003).

Suïcidaliteit en beloop Panieklachten zijn geassocieerd met suïcidaliteit: bij een comorbide paniekstoornis heeft 26% van de mensen ooit een suïcidepoging gedaan, bij een pure paniekstoornis 7% en bij IPA 12%, vergeleken met 1% van de mensen zonder DSM-stoornis (Johnson e.a. 1990; Weissman e.a. 1989). Panieklachten zijn vaak progressief: 50% van de mensen met een paniekstoornis ontwikkelt deze binnen 2 jaar na de eerste aanval (Eaton e.a. 1998); de meeste mensen met IPA hebben binnen 1 jaar meer klachten; ruim een derde van de mensen met minstens 1 IPA ontwikkelt een paniekstoornis en meer dan 90% van de mensen met minstens 1 IPA ontwikkelt een psychiatrische stoornis (Reed & Wittchen 1998). Bij een recent ontstane paniekstoornis herstelt jaarlijks 14% (het verdwijnen van paniekaanvallen gedurende een jaar). Na herstel bestaat dan jaarlijks 7% kans op terugkeer van paniekaanvallen (Eaton e.a. 1998). Bij de paniekstoornis herstelt 30-50% van de mensen (het niet meer voldoen aan de diagnose in het voorafgaande jaar) (Bland e.a. 1997; Robins e.a. 1991; Stefánsson e.a. 1994; Wittchen 1988). De periode tot herstel is aanzienlijk: een mediane duur van 6 jaar (gemeten van eerste tot laatste klacht) (Wittchen 1988) en een gemiddelde duur van 7 jaar (gemeten van begin stoornis tot laatste klacht) (Robins e.a. 1991).

Gegevens over herstel van een subsyndromale paniekstoornis zijn ons niet bekend.

Na remissie van de paniekstoornis blijven beperkingen aanwezig, zij het in mindere mate dan bij een actieve paniekstoornis (Markowitz e.a. 1989). Voorspellers van het beloop zijn weinig onderzocht. Eén onderzoek vindt geen remissie bij

55-plussers met een paniekstoornis (Bland e.a. 1997), een ander onderzoek rapporteert slechts niet-significante resultaten (Eaton e.a. 1998).

Functioneren Vergeleken bij affectieve stoornissen, andere angststoornissen en alcohol-problematiek heeft de paniekstoornis een grote impact op het functioneren, ook na correctie voor comorbiditeit (Alonso e.a. 2004b). Het functioneren bij de subsyndromale paniekstoornis is weinig onderzocht en blijkt minder beperkt dan bij

de paniekstoornis. Tabel 3 geeft informatie over het functioneren bij paniek.

Zorggebruik In Nederland maken mensen met een paniekstoornis ongeveer viermaal zo vaak gebruik van eerstelijns of geestelijke gezondheidszorg vanwege mentale problematiek dan mensen zonder een paniekstoornis, na correctie voor comorbiditeit (Bijl & Ravelli 1998). Vergeleken met andere stoornissen wordt bij een paniekstoornis vaak hulp gezocht (Boyd 1986;

TABEL 3 Bevolkingsonderzoeken vanaf 1980 naar het functioneren bij de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis				
Funcitie	Onderzoek	Diagnose	Uitkomst	
Welbevinden	Katerndahl & Realini 1997b	PS	↓	
		IPA	↓; vergeleken met PS ns	
Perceptie gezondheid	Bijl & Ravelli 2000	Pure PS	Algemene gezondheid ↓	
	Klerman e.a. 1991	PS	Geestelijke gezondheid ↓	
			Lichamelijke gezondheid ↓	
		Subsyndromale paniekstoornis	Geestelijke gezondheid ↓; vergeleken met PS ns	
Gezondheid	Sanderson & Andrews 2002	Pure PS	Lichamelijke gezondheid ↓; vergeleken met PS ↑	
		PS	69% matige of slechte geestelijke gezondheid	
	Alonso e.a. 2004b	PS	Geestelijke gezondheid ↓	
			Lichamelijke gezondheid ns	
Relationeel functioneren	Bijl & Ravelli 2000	Pure PS	Lichamelijk functioneren ns	
	Markowitz e.a. 1989	PS	↓	
Sociaal functioneren	Markowitz e.a. 1989	PS	Familie ns; vrienden ns; sociale activiteiten ns; hobby's ↓	
	Bijl & Ravelli 2000	Pure PS	ns	
Beperkingen	Wittchen e.a. 1998	PS met AG	71% veel beperkingen	
		PS zonder AG	35% veel beperkingen	
Werkcapaciteit	Bijl & Ravelli 2000	Pure PS	ns	
	Katerndahl & Realini 1997b	PS	↓	
		IPA	ns; vergeleken met PS ↑	
	Verzuim	Kessler & Frank 1997	PS	↓
Kessler & Frank 1997		PS	ns	
Kouzis & Eaton 1994		PS	↑ onder werkenden	
Katerndahl & Realini 1997b		PS	ns	
	IPA	ns; vergeleken met PS ns		
Niet zoeken naar werk	Kouzis & Eaton 1997	PS	Recent ontstane PS 71%; PS in remissie 61%; chronische PS 100%	
	Alonso e.a. 2004b	PS	verzuim >1dag in laatste 3 maanden	
	Klerman e.a. 1991	PS	↑ verlies werkdagen	
		Subsyndromale paniekstoornis	8,8%	
			2,9%	
Onderzoeken gevonden in Medline en/of Psyc INFO				
PS = paniekstoornis				
AG = agorafobie				
IPA = infrequent panic attacks				
ns = niet significant				

Jacobi e.a. 2004; Wittchen e.a. 1998), zeker als tevens een agorafobie (Wittchen e.a. 1998) of andere comorbiditeit (Jacobi e.a. 2004) aanwezig is. In de Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) hebben de meeste mensen met een paniekstoornis of een subsyndromale paniekstoornis ooit hulp gezocht (Klerman e.a. 1991) en hebben 60% van de mensen met een actuele paniekstoornis en een derde van de mensen met een actuele subsyndromale paniekstoornis recent hulp gehad (Leon e.a. 1995); de National Comorbidity Study rapporteert voor de paniekstoornis een lager zorggebruik (Kessler e.a. 1999).

BESPREKING

De levensprevalentie van de paniekstoornis is wereldwijd gemiddeld 2,1%, die van limited symptom attacks 7,5% en die van infrequent panic attacks 5,1%. De psychiatrische levenscomorbiditeit is groter dan 70%. Het risicoprofiel van de paniekstoornis en de subsyndromale paniekstoornis is gelijk: vrouwelijks sekse gaat gepaard met een hoger risico, bij een leeftijd boven de 65 jaar bestaat een lager risico. Er zijn aanwijzingen voor hogere prevalenties bij weduwen, weduwnaars, gescheiden mensen en laagopgeleiden. De meest voorkomende symptomen tijdens een aanval zijn bonzend hart, zweten, koude- en warmtevlagen en trillen. Bij de paniekstoornis zijn meer klachten aanwezig dan bij de subsyndromale paniekstoornis. Het beloop van de paniekstoornis is ongunstig: hooguit de helft van de mensen met een paniekstoornis herstelt en de gemiddelde periode tot herstel is 6 tot 7 jaar. Bij een paniekstoornis bestaat een verhoogd risico op een depressie, de subsyndromale paniekstoornis is een specifieke voorloper van psychopathologie. Zowel de paniekstoornis als de subsyndromale paniekstoornis gaan gepaard met suïcidaliteit, beperkingen en zorggebruik, ook na correctie voor comorbiditeit. De gevonden verschillen tussen beide zijn graduëel.

Beperkingen Bij de interpretatie van bovenstaande resultaten moet rekening worden

gehouden met een aantal beperkingen. Zo hangen onderzoeksresultaten af van de test eigenschappen van het gehanteerde meetinstrument. Het Diagnostic Interview Schedule (DIS) heeft bij gebruik in bevolkingsonderzoek matige test eigenschappen voor de diagnose paniekstoornis (Anthony e.a. 1985; Keyl & Eaton 1990; Wittchen e.a. 1985), waardoor foutief lage prevalentie cijfers gevonden kunnen worden (Boyd 1986; Katerndahl & Realini 1993). Met name de vraag betreffende het recidiveren van aanvallen blijkt met de DIS niet betrouwbaar te onderzoeken (Keyl & Eaton 1990).

Ook de gehanteerde criteria zijn van invloed op de onderzoeksresultaten (Regier e.a. 1998; Weissman e.a. 1997). Zo worden in de gepresenteerde onderzoeken verschillende DSM-versies gebruikt. Ook wordt de subsyndromale paniekstoornis verschillend gedefinieerd, waarbij soms onduidelijk is of er exclusiecriteria betreffende alcohol, drugs en somatiek zijn gehanteerd. Vergelijking tussen onderzoeken wordt eveneens bemoeilijkt doordat eenduidige definities voor duur, herstel en terugval ontbreken en doordat het functioneren op uiteenlopende wijzen is onderzocht.

Tevens bestaat bij te kleine onderzoeksgroepen de kans dat daadwerkelijk aanwezige verschillen niet kunnen worden aangetoond door te weinig statistische power. In bovenstaand literatuuronderzoek bestaat deze kans bij enkele onderzoeken naar werkverzuim (Katerndahl & Realini 1997b; Kessler & Frank 1997; Kouzis & Eaton 1994; Kouzis & Eaton 1997) en naar predictoren van beloop (Eaton e.a. 1998).

Ten slotte heeft onderzoek naar causaliteit en beloop vele haken en ogen (Katschnig & Amering 1998; Wittchen 1988). Zo kennen transversale onderzoeken één meetmoment waardoor causaliteit niet kan worden vastgesteld. De causaliteit tussen paniek enerzijds en risico-indicatoren, suïcidaliteit en functioneren anderzijds wordt dus slechts aangenomen. Bij reconstructie van het beloop uit transversaal onderzoek kan bovendien systematische vertekening ontstaan doordat een beroep

wordt gedaan op het geheugen van de respondent. Zo zou de bevinding dat het merendeel van de mensen met ten minste één paniekaanval een stoornis ontwikkelt (Reed & Wittchen 1998) veroorzaakt kunnen worden doordat mensen met een stoornis zich wél een eerste paniekaanval herinneren, en mensen zonder stoornis niet. Onderzoek met een eenmalige follow-up suggereert een lineair beloop, dat onwaarschijnlijk is (Strauss e.a. 1985). Prospectief onderzoek met respondenten met een bestaande stoornis leidt tot een oververtegenwoordiging van chronische gevallen (ECA en Edmonton Survey; Robins e.a. 1991; Wittchen 1988). In het ECA-onderzoek worden bovendien paniek-aanvallen als uitkomstmaat gehanteerd (Eaton e.a. 1998). Dit schept mogelijk een te optimistisch beeld: in klinisch onderzoek verdwijnen paniek-aanvallen sneller dan andere symptomen (Katschnig & Amering 1998).

CONCLUSIE

Ondanks bovenstaande beperkingen kan geconcludeerd worden dat panieklachten die niet voldoen aan de criteria voor de paniekstoornis ook pathologisch kunnen zijn. Zowel de subsyndromale paniekstoornis als de paniekstoornis blijken klinisch relevante stoornissen: beide komen frequent voor en vaak in combinatie met andere psychiatrische stoornissen, beide zijn gekenmerkt door een ongunstig beloop waarin andere psychopathologie kan ontstaan en beide hebben een negatieve impact op het functioneren van de respondent.

LITERATUUR

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., e.a. (2004a). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (EseMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 28-37.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., e.a. (2004b). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (EseMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 38-46.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., e.a. (2004c). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (EseMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 21-27.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Anthony, J.C., Folstein, M., Romanoski, A.J., e.a. (1985). Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis. Experience in eastern Baltimore. *Archives of General Psychiatry*, 42, 667-675.
- Beekman, A.T.F., & Ormel, J. (1999). Depressie. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, e.a. (Red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 300-328). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 446-457.
- Bijl, R.V., van Zessen G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. Het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Bland, R.C., Newman, S.C., & Orn, H. (1997). Age and remission of psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 722-729.
- Bland, R.C., Orn, H., & Newman, S.C. (1988a). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(Suppl. 338), 24-32.
- Bland, R.C., Stebelsky, G., Orn, H., e.a. (1988b). Psychiatric disorders and unemployment in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(Suppl. 338), 72-80.
- Boyd, J.H. (1986). Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 1569-1574.
- Burke, J.D., Wittchen, H.U., Regier, D.A., e.a. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (Red.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 649-668). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., e.a. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Dick, C.L., Bland, R.C., & Newman, S.C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(Suppl. 376), 45-53.
- Eaton, W.W., Anthony, J.C., Romanoski, A., e.a. (1998). Onset and recovery from panic disorder in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 501-507.
- Eaton, W.W., Dryman, A., & Weissman, M.M. (1991). Panic and Phobia. In L.N. Robins & D.A. Regier (Red.), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 155-179). New York: The Free Press.
- Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U., e.a. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 413-420.
- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Ravelli, A., e.a. (2002). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 303-313.
- Hwu, H.G., Yeh, E.K., & Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Höltling, C., e.a. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Johnson, J., Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Joyce, P.R., Bushnell, J.A., Oakley-Browne, M.A., e.a. (1989). The epidemiology of panic symptomatology and agoraphobic avoidance. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 303-312.
- Katerndahl, D.A., & Realini, J.P. (1997a). Comorbid psychiatric disorders in subjects with panic attacks. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 669-674.
- Katerndahl, D.A., & Realini, J.P. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 246-249.
- Katerndahl, D.A., & Realini, J.P. (1997b). Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 153-158.
- Katschnig, H., & Amering, M. (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(Suppl. 2), 6S-11S.
- Kessler, R.C., & Frank, R.G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27, 861-873.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Berglund, P., e.a. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1117-1122.
- Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., e.a. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801-808.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Katz, S.J., e.a. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 115-123.
- Keyl, P.M., & Eaton, W.W. (1990). Risk factors for the onset of panic disorder and other panic attacks in a prospective, population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 131, 301-311.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Ouellette, R., e.a. (1991). Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 265, 742-746.
- Korff, M.R. von, Eaton, W.W., & Keyl, P.M. (1985). The epidemiology of panic attacks and panic disorder. Results of three community surveys. *American Journal of Epidemiology*, 122, 970-981.
- Kouzis, A.C., & Eaton, W.W. (1994). Emotional disability days: prevalence and predictors. *American Journal of Public Health*, 84, 1304-1307.
- Kouzis, A.C., & Eaton, W.W. (1997). Psychopathology and the development of disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 379-386.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lee, C.K., Kwak, Y.S., Yamamoto, J., e.a. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: urban and rural differences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 247-252.
- Leon, A.C., Portera, L., & Weissman, M.M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl. 27), 19-22.
- Markowitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R., e.a. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Campbell, D., e.a. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-563.

- Ormel, J., Sytema, S., & Oldehinkel, A.J. (1995). Epidemiologische aspecten van angst. In J.A. den Boer & H.G.M. Westenberg (Red.), *Leerboek angststoornissen: een neurobiologische benadering* (pp. 82-125). Utrecht: De Tijdstroom.
- Pincus, H.A., Davis, W.W., & McQueen, L.E. (1999). 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 288-296.
- Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-544.
- Reed, V., & Wittchen, H.U. (1998). DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks? *Journal of Psychiatric Research*, 32, 335-345.
- Regier, D.A., Kaelber, C.T., Rae, D.S., e.a. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., e.a. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Robins, L.N., Locke, B.Z., & Regier, D.A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L.N. Robins & D.A. Regier (Red.), *Psychiatric disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 328-366). New York: The Free Press.
- Roy-Byrne, P.P., Stang, P., Wittchen, H.U., e.a. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2002). Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatric Services*, 53, 80-86.
- Stefánsson, J.G., Línal, E., Björnsson, J.K., e.a. (1991). Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 142-149.
- Stefánsson, J.G., Línal, E., Björnsson, J.K., e.a. (1994). Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 119-125.
- Strauss, J.S., Hafez, H., Lieberman, P., e.a. (1985). The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 289-296.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., e.a. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.
- Vollrath, M., Koch, R., & Angst, J. (1990). The Zurich Study. IX. Panic disorder and sporadic panic: symptoms, diagnosis, prevalence, and overlap with depression. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 221-230.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., e.a. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Markowitz, J.S., e.a. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *The New England Journal of Medicine*, 321, 1209-1214.
- Wittchen, H.U. (1986). Epidemiology of panic attacks and panic disorders. In I. Hand & H.U. Wittchen (Red.), *Panic and phobias: empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments* (pp. 18-28). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders results of the Munich follow-up study (MFS). In I. Hand & H.U. Wittchen (Red.), *Panic and Phobias 2: treatments and variables affecting course and outcome* (pp. 3-17). Berlin: Springer-Verlag.
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., von Zerssen, D., e.a. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wittchen, H.U., Nelson, C.B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H.U., Semler, G., & von Zerssen, D. (1985). A comparison of two diagnostic methods. Clinical ICD diagnoses vs DSM-III and Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic Interview Schedule (version 2). *Archives of General Psychiatry*, 42, 677-684.
- Zimmermann, P., Wittchen, H.U., Höfler, M., e.a. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.

AUTEURS

N.M. BATELAAN is als onderzoeker verbonden aan VU-mc/GGZ Buitenamstel en het Trimbos-instituut, daarnaast werkzaam als psychiater bij GGZ Buitenamstel.

R. DE GRAAF is ingenieur en werkzaam bij het Trimbos-instituut als hoofd programma Epidemiologie

A.J.L.M. VAN BALKOM is hoogleraar evidence-based medicine aan de VU-mc/GGZ Buitenamstel en als psychiater werkzaam bij GGZ Buitenamstel.

W.A.M. VOLLEBERGH is psycholoog, als hoogleraar algemene sociale wetenschappen werkzaam bij de Universiteit Utrecht en als onderzoeker werkzaam bij het Trimbos-instituut.

A.T.F. BEEKMAN is hoogleraar psychiatrische epidemiologie, A-opleider VU-mc/GGZ Buitenamstel, als psychiater werkzaam bij GGZ Buitenamstel en daarnaast verbonden aan

het Trimbos-instituut.

Correspondentieadres: N.M. Batelaan, Trimbos-instituut, programma Epidemiologie, Da Costakade 45 3521 VS Utrecht.

Tel.: (030) 2971100.

E-mail: nbatelaan@trimbos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-2-2005.

SUMMARY

Epidemiology of panic – N.M. Batelaan, R. de Graaf, A.J.L.M. van Balkom, W.A.M. Vollebergh, A.T.F. Beekman –

BACKGROUND There is uncertainty about the clinical relevance of panic disorder and subsyndromal panic disorder.

AIM To assess the clinical relevance of panic disorder and subsyndromal panic disorder.

METHOD We searched Medline and PsycINFO for population studies performed as from 1980. We used as search terms: 'general population', 'psychiatr*', 'prevalence' and 'panic'. On the basis of the studies found we compiled a review of the epidemiology of panic which enabled us to assess the clinical relevance.

RESULTS The life time prevalence of panic disorder is 2.1%; subsyndromal panic disorder is more prevalent (limited symptom attacks 7.5%, infrequent panic attacks 5.1%). Lifetime psychiatric comorbidity is high. The risk and symptom profile for panic disorder and subsyndromal panic disorder is the same. The course of both disorders is unfavourable. There is an increased risk that someone with panic disorder will develop a depression; subsyndromal panic disorder is a non-specific precursor of psychopathology. Both panic disorder and subsyndromal panic disorder are associated with attempted suicide, deficiencies and the use of the health care services, even after comorbidity has been corrected for.

CONCLUSION It is incorrect only to label panic symptoms 'pathological' if they satisfy the DSM criteria for panic disorder; both panic disorder and subsyndromal panic disorder are clinically relevant.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)3, 195-205]

KEY WORDS comorbidity, epidemiology, panic disorder, population, subsyndromal