Paniekstoornis als medische urgentie

door M. Van Moffaert, R. Spiers, W. Buylaert en J. Van Brantegem

Samenvatting

Door de aard en de intensiteit van de somatische symptomen die inherent zijn aan acute angstparoxismen, richt een aantal patiënten met paniekstoornissen zich tot medisch-somatische urgentiediensten. Wanneer angst een symptoom is van een onderliggende acute somatische pathologie is urgente medische hulp noodzakelijk. Wanneer de somatische symptomen bijverschijnselen zijn van angst, houdt een exclusief medisch-somatische hulpverlening het risico in dat de paniekpatiënt te laat of nooit adequaat psychiatrisch behandeld wordt met psychofarmaca, gedragstraining en cognitieve therapie.

Een onderzoek naar het somatisatieprofiel van 64 patiënten die via de Medische Interventiedienst van het Gents Universitair Ziekenhuis in 1984 werden opgenomen wegens hyperventilatie en/of angstparoxismen, en naar de psychiatrische status van 11 patiënten uit deze groep die nadien in de psychiatrische kliniek van hetzelfde ziekenhuis werden geregistreerd, illustreert de risico's van een medicalisering van paniektoestanden.

Inleiding

Angsttoestanden en depressies kunnen gerekend worden tot de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen in de praktijk van huisartsen en somatische specialisten. De differentiaaldiagnose is niet eenvoudig omdat deze syndromen vaak elkaar overlappen of coëxisteren (Cameron e.a. 1986, Hoehn-Saric en McLeod 1985).

De aparte angstcategorie van 'paniekstoornis', waarbij recidiverende acute angstopstoten gepaard gaan met diverse vasovegetatieve symptomen (DSM-III-diagnostische inclusiecriteria zie figuur 1) staat de laatste jaren erg in de belangstelling (Klerman 1986, Lader 1978, Lesser 1986). Een belangrijke reden voor deze interesse is dat paniekstoornis een geschikt terrein vormt voor het onderzoek naar de interactie tussen biologische en psychodynamische factoren bij het ontstaan van angstpathologie en naar de eventuele interrelaties tussen angstsyndromen en depressies (Shear 1986, Wilmotte 1985, Wilmotte en Charles 1987, Van Moffaert en Jannes 1987).

De incidentie van paniekstoornis bedraagt 0,4 tot 3,1/100 (Weiss-

Figuur 1: DSM-III-diagnostische criteria van paniekstoornissen (300.01)

A. Er treden minstens drie paniekaanvallen op binnen een periode van drie weken in omstandigheden waarbij geen opvallende lichamelijke inspanning plaatsvindt of levensgevaar bestaat. Deze aanvallen worden niet uitsluitend uitgelokt door blootstelling aan een specifieke fobische prikkel.

B. De paniekaanvallen manifesteren zich als duidelijk afgegrensde perioden van vrees of angst waarbij minstens vier van de volgende verschijnselen bestaan:
   1. kortademigheid
   2. hartkloppingen
   3. pijn of onaangenaam gevoel in de borst
   4. verstikkings- en/of benauwdheidssensaties
   5. duizeligheid, draaiduizeligheid of gevoelens van onvastheid
   6. gevoelens van onwerkelijkheid
   7. paresthesieën (tintelen van handen of voeten)
   8. vlagen van warmte- en koudheidsgevoelens
   9. zweten
   10. zwakte of flauwte
   11. beven of schokken
   12. angst dood te gaan, krankzinnig te worden of iets onbeheerst te zullen doen gedurende de aanval

man en Merikangas 1986). De diversiteit van hun somatische angstsymptomen brengt paniekpatiënten er echter toe om in eerste instantie een somatische specialist te consulteren. Vanzelfsprekend is somatisch onderzoek noodzakelijk voor de differentiaal diagnose tussen angst als eerste symptoom van een onderliggende organische pathologie en angst als psychiatrische categorie. Veel paniekpatiënten herkennen echter de psychiatrische basis van hun angstpathologie niet en blijven langdurig eenzijdig somatisch behandeld. Psychische angst met acute lichamelijke bijverschijnselen van angst suggereren bij de patiënt sterk een ernstige lichamelijke ziekte. Herhaalde somatische investigaties, die negatief blijken, gaan de patiënt uiteindelijk frustreren omdat hij geen voor hem aanvaardbare verklaring vindt voor zijn symptomatologie. Meestal beseft de patiënt wel dat spanningen en nervositeit een rol spelen, maar het blijft bijzonder moeilijk om te accepteren dat zijn overweldigende en dramatische fysieke sensaties (verstikkende precordialgie, ademnood, tachycardie, vertigo) slechts aan 'zenuwen' te wijten zijn. Door het herhalen van dit type van 'psychosomatische angsturgentie' raakt de patiënt steeds sterker in zijn somatisatie gefixeerd en evolueert hij naar hypochondrie, wat leidt tot negatieve reacties van de somatische arts, die hem als een 'ingebeelde zieke' bestempelt. Ook de psychiater staat negatief tegenover een dergelijke patiënt, die zo sterk gefixeerd is op somatische symptomen, weinig inzicht in de symptomatologie vertoont, moeilijk toegankelijk is voor psychotherapie, en aandringt op de passieve anxiolyse met angstdempende medicatie.

Paniektoestanden zonder andere psychiatrische verwikkelingen zijn zeldzaam in de algemene psychiatrische praktijk (Ballenger 1986a). Meestal wordt de diagnose gecompliceerd door agorafobie, suïcidepoging, abusus van sedatieven of depressie. Tussen de initiële angstaanvallen en het ogenblik waarop de psychiater wordt geraadpleegd verloopt er meestal meer dan 1 jaar, waarin deze patiënten aan 'medical shopping' doen.

Het Universitair Ziekenhuis te Gent beschikt over een medisch interventieteam (MIG) dat bestaat uit een geneesheer en een verpleegkundige, die na een telefonische oproep van het 'Centrum 100' (in Nederland te vergelijken met de voorziening 'Centrale Oproep Ambulance') ter plaatse dringende medische hulp bieden. Er wordt uitgerukt voor verschillende types van medische urgenties bij voorbeeld hartstilstand, electrocutie of ernstig verkeersongeval met ingeklemden. Aangezien de centralist 100 reeds bij een 'vermoeden' van levensbedreigende situaties een beroep doet op de MIG, komt het voor dat later blijkt dat er géén levensbedreigende medische aandoening maar wel een psychiatrische urgentie was. Vooral bij acute angstparoxismen met benauwdheid, komt de oproep 'paniekerig' over door de reacties van omstanders. Bovendien suggereren klachten zoals retrosternale pijn de mogelijkheid van een acute cardiale pathologie.

Jaarlijks verwerkt de MIG ongeveer 1800 oproepen; in 1984 werd de MIG 128 maal opgeroepen voor wat achteraf een acute psychiatrische aandoening bleek te zijn, vooral acute psychoses met agressie en intoxicaties. Primaire angststoornis komt geen enkele keer voor binnen deze groep, alhoewel een acute angstpathologie 6 maal als tweede diagnose werd vermeld. Patiënten die met acute angst via de MIG worden opgenomen blijken onder een andere diagnose, met name de 'internistische' categorie van 'hyperventilatie' geregistreerd. In 1984 werd bij 58 patiënten door de internist, na somatisch onderzoek (als reden voor het uitrukken van de acute hulpdienst) post hoc een 'hyperventilatiecrisis' gediagnostiseerd. Deze werd gedefinieerd als de combinatie van versnelde en oppervlakkige ademhaling, precordiale druk, benauwdheid, acute psychische angst en vaak paresthesieën. Naar gelang van de frequentie, de ernst van de hyperventilatie en de eventuele aanwezigheid van een supplementaire psychiatrische pathologie (alcoholisme, toxicomanie) worden deze patiënten overgedragen aan de huisarts of de psychiater-consulent.

Wij wilden nagaan of er onder de 58 hyperventilanten en 6 patiënten met angst als tweede diagnose – die niet rechtstreeks via de urgente opname door de MIG naar de psychiater werden verwezen – ook een groep was die in de daaropvolgende jaren toch in het psychiatrisch hulpverleningscircuit terecht was gekomen. Dit catamnestisch onderzoek werd gelimiteerd tot die patiënten die in de psychiatrische kliniek of polikliniek van hetzelfde (universitaire) ziekenhuis bekend waren. In het patiëntenbestand van 1987 van de Psychiatrische Uni-

versitaire Kliniek werden 11 patiënten gevonden die tot de hyperventilatie/angstcohort van de MIG 1984 hadden behoord. Gegevens over de cohort van 58 hyperventilanten en 6 patiënten met angst als tweede diagnose in het MIG-bestand en over de 11 patiënten die in 1987 in hetzelfde ziekenhuis psychiatrisch werden behandeld, werden onderzocht als volgt:

1. in de medische dossiers van de aanmelding en onderzoek op de medisch-somatische urgentiedienst werd nagegaan in hoeverre de inclusiecriteria voor 'panic disorder' aanwezig zijn bij patiënten die internistisch geregistreerd waren met hyperventilatie;
2. het type en de beloopsfrequentie van de diverse somatische presentaties van dergelijke acute angstproblematiek werden onderzocht;
3. aan de hand van de 11 patiënten in de universitaire psychiatrische kliniek werden predisponerende life-events, psychiatrische verwikkelingen en behandelingdstrategieën voor paniektoestanden besproken.

Hyperventilatie en/of 'panic disorder'

De diagnose van 'hyperventilatie' gesteld door de internist, is een klinische diagnose bij patiënten met respiratoire symptomatologie (een acuut optreden van een overdreven en snelle ademhaling), waarbij anamnestisch of bij onderzoek paresthesieën in de ledematen of rond de mond gevonden worden, met tekenen van respiratoire alkalose (Lum 1983). De diagnose kan ook naderhand als uitsluitingsdiagnose worden gesteld, wanneer de internist door onderzoek ernstige pathologieën als myocardinfarct heeft kunnen uitsluiten. Onder de 58 hyperventilanten van 1984 werd naderhand bij 4 gevallen een somatische aandoening gevonden (een supraventriculaire tachycardie, een metabool lijden, een longembool en epilepsie). Ook is het niet uitgesloten dat de hyperventilatie secundair een somatisch probleem, bij voorbeeld angor, uitlokt. De kliniek primeert, want in meer dan de helft van de gevallen levert de bepaling van bloedgassen normale waarden op. Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat de bloedgassen reeds genormaliseerd kunnen zijn op het ogenblik van de aankomst in de urgentiedienst. Toch wijst dit ook op de discrepantie tussen de bijzonder catastrofale subjectieve symptomen van deze patiënten (velen vrezen dat ze zonder directe medische hulp zullen sterven, en hun angst en de paniekreacties van hun omgeving induceren de noodoproep), en de geringe objectieve afwijkingen. Die discrepantie is typisch voor paniekpatiënten die een sterke subjectieve somatisatieervaring hebben (vandaar hun attributie van 'ziekte' aan de somatische bijverschijnselen van angst), terwijl objectief de parameters als polsfrequentie, bloedgassen en electrokardiogram weinig of geen opvallende afwijkingen vertonen.

Over de frequentie van de hyperventilatie, eventuele uitlokkende

fysieke inspanning, usus van coffeïne, abusus van amfetamine, cocaïne (Aronson 1986) of yohimbine (Charney e.a. 1984) en de concomitante somatische symptomen (precordialgie, gastro-intestinale klachten, vertigo, pijn) bevatten de MIG-dossiers voldoende gegevens. Deze bevestigen het klassieke profiel van paniekpatiënten, nl. 2/3e zijn vrouwen, meestal jongvolwassenen. In veel gevallen is er een associatie met verwante problemen als diffuse angst, relatieproblemen, alcoholisme. De psychiatrische symptomatologie is in deze dossiers minder goed gedocumenteerd. Wanneer voor deze patiënten niet direct een psychiatrisch consult was aangevraagd (wat gebeurde bij slechts 20%) bevatten de dossiers onvoldoende specifieke psychiatrische symptomen om met zekerheid te kunnen beslissen over de aanwezigheid van agorafobie, sociale fobie, depressie of andere psychiatrische pathologie.

Volgens de DSM-III-inclusiecriteria voor 'paniekstoornis', namelijk 3 maal binnen een periode van 3 weken een acute angstaanval met minimaal 4 vasovegetatieve symptomen (fig. 1), blijkt dat niet minder dan 46 van de 58 hyperventilanten daaraan beantwoorden. Volgens de herziene versie van de DSM (DSM-III-revision), waar het frequentiecriterium is gereduceerd tot één aanval binnen een periode van 3 weken, voldoen alle patiënten aan de diagnose van 'paniekstoornis'. Over aard van de relatie tussen hyperventilatie en paniekstoornis bestaat in de psychiatrische literatuur geen overeenstemming (Keller 1979, Joos en Pieters 1986, Pieters en Joos 1987, Hoes e.a. 1987). Er is een overlap tussen de symptomatologie van de klinische syndromen: sommige hyperventilanten evolueren vrij vlug naar paniekstoornis, bij andere blijven de klachten beperkt tot hyperventilatiecrisissen. De grote verscheidenheid aan gangbare termen voor acute angst met somatisatie maakt de discussie nog moeilijker, bij voorbeeld in de Franse medische nomenclatuur wordt de benaming 'spasmophilie' (Ferrey 1977, Fraschina 1979, Garrabé 1987) gehanteerd voor een gelijkaardig symptoomprofiel.

De klassieke aanpak van hyperventilatie bestaat hoofdzakelijk uit het geruststellen en het aanleren van het gebruik van een 'breathing bag' (Compernolle e.a. 1979), waarin de hyperventilant zijn eigen CO_2 opnieuw inademt en zo de hyperventilatie fysiologisch voldoende vermindert om de aanvallen te couperen (Salkovskis e.a. 1985). Deze techniek is echter weinig effectief bij de anticipatieangst voor een volgende aanval en bij fobieën (voor autorijden, menigten, drukke plaatsen als grootwarenhuizen, kerk of bioscoop). Automatisch toedienen van sederende psychofarmaca is in de spoedopnamedienst gelukkig geen algemene regel. De meeste huisartsen zullen een acute angstaanval en/of hyperventilatie wel behandelen met een injectie van een anxiolyticum of door de orale/sublinguale toediening van een benzodiazepine (Bassuk en Birk 1986).

Alhoewel deze medicamenteuze anxiolyse meestal zeer effectief en

veilig is, kan de herhaling van dergelijke directe passieve angstreductie (de patiënt krijgt een injectie of neemt een benzodiazepine oraal of sublinguaal) leiden tot verdere regressie in een passief-dependente houding met afhankelijkheid van de farmacotherapie. Dit passief farmacologisch blokkeren van de angstcrisissen is onvoldoende. Een juiste behandeling vereist een actieve gedragstraining waarbij de angstprovocerende situaties progressief overwonnen worden en waarbij er een zodanige cognitieve herstructuratie komt dat de angstsymptomen niet meer aan een levensbedreigende aandoening worden toegeschreven.

Vanzelfsprekend moeten patiënten met precordialgie, ademnood of andere alarmerende fysieke symptomen dringend deskundige medische hulp kunnen krijgen, maar men mag niet vergeten dat de aparte sfeer van een opname als 'medische urgentie' met loeiende sirene en toesnellende (para)medici met reanimatiemateriaal precies voor die patiënten bij wie de symptomen puur functioneel zijn, de hypochondrische fixatie kan bevestigen. De eisen van een correcte dispatching in de '100-centra' zijn gecompliceerd. Het is evident dat deze hulpposten op een noodoproep steeds met dringende hulp moeten reageren.

Somatisatieprofiel

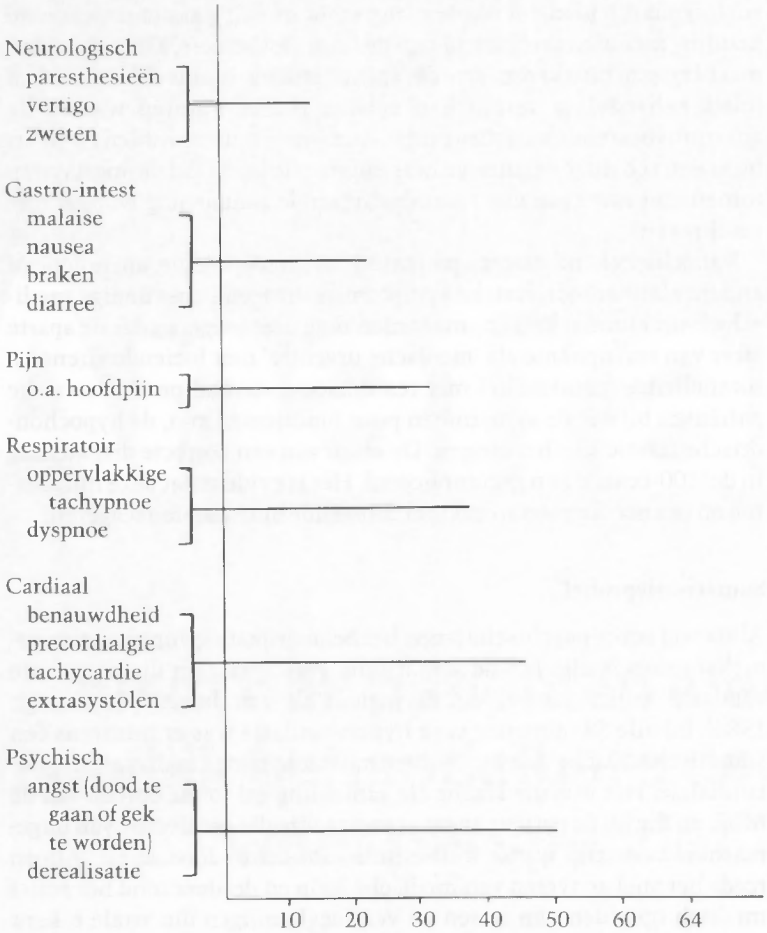
Alhoewel acute psychische angst het belangrijkste symptoom van paniekstoornis is zijn het de somatische verschijnselen die de meeste aandacht krijgen, zowel van de patiënt als van de arts (Cavanaugh 1986). Bij alle 58 oproepen voor hyperventilatie was er minstens één somatische klacht aanwezig, meestal tachypnoe, tachycardie, precordialgie. Het was die klacht die aanleiding gaf tot de oproep van de MIG, en die bij de patiënt angst veroorzaakte die escaleerde van ongerustheid voor zijn fysiek welbevinden tot echte doodsangst. Alleen reeds het snel arriveren van medische hulp en de sfeer rond het actief medisch optreden van artsen en verpleegkundigen die vitale tekens nagaan met stetoscoop en bloeddrukmeter heeft voor de betrokkene reeds een enorme betekenis.

Heftige emoties uiten zich lichamelijk; angst wordt meest frequent geuit in respiratoire en cardiale klachten. Andere types van acute gesomatiseerde angst worden vaak miskend (Katon 1984).

De frequentie van de somatische symptoompresentatie bij de 64 hyperventilatie/angstgroep toont dat de psychosomatische symptomen niet beperkt blijven tot ademhalings- en cardiale symptomen (fig. 2). Opvallend is de hoge incidentie van pijn (31/64), van gastro-intestinale klachten (24/64) (Lydiard e.a. 1986) en van neurologische uitvalsverschijnselen (19/64) (Coyle en Sterman 1986).

Door ieder van deze somatisaties loopt de patiënt de kans dat hij terecht komt bij de omnipracticus of binnen het medisch specialisme waarin zijn angstpathologie zich het meest direct manifesteert, zoals

Figuur 2: Somatisatieprofiel van 64 urgentieopnames wegens 'angstparoxisme + hyperventilatie'. Symptomen volgens orgaansysteem



de pneumologie, cardiologie, gastro-enterologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie. Het gespecialiseerd somatisch onderzoek biedt het voordeel van een degelijke differentieel diagnostische screening, zodat aandoeningen die zich als acute angst kunnen maskeren bij voorbeeld mitraalklepstenose, angor, infarct, longembool, epilepsie, hyperthyreoidie, tijdig worden onderkend. Eenzijdige somatische aandacht kan echter ook leiden tot eenzijdige fixatie in het biologische luik van de angstpathologie, met verwaarlozing van de psychodynamische en gedragsaspecten.

Psychiatrische gegevens

Van alle 64 patiënten die in 1984 via een noodoproep voor angst in de

(1984)

geslacht/ leeftijd	beroep	duur angstpathologie vóór 1° psychiatrisch consult	psychiatrische co-morbiditeit	life-events (2 jaar vóór 1° angstparoxisme)*	familiale psychiatrische morbiditeit	duur opname in psychiatrische kliniek
1. ♀ 21 j.	secretaresse	1 jaar	benzodiazepine-abusus, suïcide-poging (3), auto-mutilatie, theatrale persoonlijkheid	vader †: hartaanval	depressie: moeder suïcide: broer	3 maanden
2. ♀ 43 j.	huisvrouw	4 jaar	depressie, ethylisme, theatrale persoonlijkheid	vader †	homicide: zus	–
3. ♀ 23 j.	huisvrouw	2 jaar	depressie	man † (2 maand nadat hij eerst vermist was)	–	2 maanden
4. ♂ 36 j.	laborant	3 jaar	benzodiazepine-abusus, depressie	neefje: leukemie na vaccinatie	depressie: broer paniek: zus	–
5. ♀ 41 j.	onderwijzeres	6 jaar	'battered wife', ontwijkende persoonlijkheid	echtscheiding	suïcidepoging: broer	–
6. ♂ 39 j.	violist	4 jaar	sociale fobie, depressie	–	suïcidepoging: moeder	–
7. ♂ 19 j.	werkloos	< 1 jaar	geen	–	fobie: moeder	–
8. ♂ 31 j.	bediende	2 jaar	ethylisme	♀ extra-uteriene zwangerschap	depressie: broer	–
9. ♀ 26 j.	werkloos	3 jaar	zwakbegaafd, theatrale persoonlijkheid	zoontje † (gehandicapt)	–	3 maanden
10. ♀ 31 j.	naaister	2 jaar	benzodiazepine-abusus, afhankelijke persoonlijkheid	broer † bij narcose	–	1 maand
11. ♀ 69 j.	huisvrouw	27 jaar	posttraumatische stress-stoornis, theatrale persoonlijkheid	* Kongo 1960 * geen life-events in voorafgaande 2 jaar	depressie: vader suïcide: broer	1 maand

spoedopname van het UZ werden geëvalueerd (dat wil zeggen 58 met hyperventilatie en 6 met acute angst als 2e diagnose) werden 13 door de psychiater geëvalueerd tijdens het verblijf op de spoedgevallenafdeling of kort daarna in de psychiatrische poliklinick, en 4 van hen volgden een ambulante psychiatrische behandeling. Van de overblijvende hyperventilanten, die dus niet meteen voor psychiatrische behandeling werden verstuurd, blijkt dat er na twee jaar toch 11 in het psychiatrische behandelingscircuit van hetzelfde ziekenhuis worden aangetroffen.

Bij deze groep van 11 patiënten (zie fig. 3) horen volgende bedenkingen. Ze vormen heel waarschijnlijk een geselecteerde groep met een ernstige problematiek, en zijn dus niet representatief voor de initiële groep van hyperventilanten. Er verloopt een lange tijd tussen het tijdstip waarop zij een angstpathologie type DSM-III-paniekstoornis vertonen en het moment waarop zij psychiatrisch consulteren. Gemiddeld verloopt er één jaar, waarin de angstpatiënt een fase van medical shopping doormaakt. Alle patiënten uit deze groep hadden minimaal 3 specialisten niet-psychiaters geraadpleegd, twee hadden zelfs méér dan 10 artsen geraadpleegd voor hun pathologie.

Meestal start de angstpathologie met één bepaald angstsymptoom, bij voorbeeld tachycardie, en breidt de somatisatie zich uit tot andere orgaansystemen, met klachten van dyspnoe, vertigo, pijn, diarree en nausea. Alle patiënten ondergingen talrijke investigaties (EKG, EEG, evenwichtsproeven en bloedonderzoeken), die bij de aanvang van de angstpathologie ongetwijfeld nodig waren voor de differentiaaldiagnose, maar die onnodig herhaald werden.

Naargelang van de sterkst op de voorgrond tredende symptomatologie consulteren deze angstpatiënten een cardioloog, pneumoloog, neuroloog, ORL-arts, internist of gastro-enteroloog. Opvallend is dat in de talrijke medische verslagen de angstproblematiek aanvankelijk vaak wordt geëtiketteerd als 'cardiaalneurose, Da Costa-syndroom, spastisch colon, psychogene dyspnoe', naargelang van het terrein van de betreffende specialist. Verder is het kenmerkend dat naarmate de angstpatiënt meer consulteert en het angstprobleem wordt gechroniceerd er een psychiatrische etikettering met negatieve connotatie ontstaat: termen als 'vertigo hysterique, hysterie tout court, hypochondrie, simulatie, renteneurose' zijn legio.

Naargelang de angstpatiënt meer aandringt op allerlei investigaties waarvan hij een verklaring voor zijn symptomen verwacht, vermindert het geduld van de niet-psychiater, omdat deze patiënt zich niet laat geruststellen door de goed bedoelde, maar onbevredigende confrontatie met negatieve onderzoeksresultaten.

Als angstpatiënten na de voor hen en voor de somatische arts frustrerende ervaring uiteindelijk met de diagnose hypochondrie of hysterie bij de psychiater terechtkomen, is de angstpathologie reeds complexer geworden dan louter paniekaanvallen, en is er supplementaire

problematiek van vermijdingsgedrag (bij ongeveer 40%), andere angstproblemen zoals agorafobie, sociale fobie of secundaire depressie (30%), alcoholabusus en suicidaliteit. Meer dan de helft gebruikt overmatig psychofarmaca. Alhoewel de primaire diagnose die van paniekstoornis is, hebben vele angstpatiënten een predisponerend persoonlijkheidstype, in het bijzonder een theatrale, afhankelijke of antisociale persoonlijkheid.

Onze groep is te klein voor statistisch-decisieve uitspraken, maar uit de navraag naar de specifieke life-events die aan de angst voorafgaan komen tendensen naar voor die overeenkomen met de bevindingen van andere onderzoekers (Torgersen 1986, Raskin e.a. 1982): 9 patiënten vermelden duidelijk psychosociale stress, bij 7 onder hen betreft het zelfs een bijzonder karakteristieke situatie met een typisch medische problematiek, waarbij zijzelf of iemand in hun naaste omgeving werden geconfronteerd met een falen van medische hulp (reëel of in de subjectieve beleving van de angstpatiënt). Uit de familiale psychiatrische anamnese komt, in overeenstemming met het onderzoek van Leckman e.a. (1983), een belasting voor depressie, suïcide en angstpathologie naar voor.

Ten slotte blijkt dat hospitalisatieperiodes van 1 tot 3 maand bij 5 angstpatiënten noodzakelijk waren, en toch worden paniekstoornissen of andere angstpathologie vaak miskend als 'kleine psychiatrie'.

Besluit

Een aantal patiënten met acute angstcrisissen die gepaard gaan met diverse somatische symptomen blijft lang in een medisch-somatisch hulpverleningscircuit, dat te weinig aandacht besteedt aan de psychiatrische behandeling. Angstpatiënten die als medische urgentie worden opgenomen, lopen psychologische risico's: de sterke medicalisatie van de acute hulpverlening bevestigt hun hypochondrie. Indien op de acute angst ingegaan wordt met injecties of andere manieren om snel anxiolytica toe te dienen (sublinguaal) zonder dat gelijktijdig de angst op gedragsniveau wordt aangepakt, houdt de passieve anxiolyse het risico in dat de regressieve houding van deze zieken versterkt en dat ze (nog!) minder gemakkelijk toegankelijk worden voor een meer actieve aanpak.

Anderzijds is die dringende medische actie nodig voor de differentiaaldiagnose, die niet steeds eenvoudig is. Daarbij mag men niet uit het oog verliezen dat een somatische pathologie door de angst en hyperventilatie kan gemaskeerd worden. Bij herhaalde acute somatische klachten die gepaard gaan met angst moet aandacht geschonken worden aan de biopsychosociale complexiteit van paniekaanvallen (Sheehan e.a. 1980, Sheehan 1982). De mogelijke biologische provocatie van de paniekaanvallen (overdreven coffeïne of coca inname, abusus van amfetamines of cocaïne, onaangepaste fysieke inspanningen, with-

drawal van tranquillizers), moet onderzocht worden, zonder aandacht te verliezen voor het psychodynamisch klimaat waarin de angstproblematiek ontstaat. De behandeling kan falen ofwel omdat de arts exclusief op psychofarmaca steunt ofwel omdat er alleen aan psychodynamische interpretaties van de angst gewerkt wordt zonder voldoende rekening te houden met de somatische repercussie.

De meest geschikte therapeutische strategie is een combinatie (gelijktijdig of in etappes) van psychotherapeutische methodes en medicatie (Ballenger 1986b, Hollister 1986, Muskin en Fyer 1981). Gedragstherapeutische en cognitieve herstructurering zijn in deze gevallen bijzonder efficiënt. Veel psychiaters beperken zich tot een of/of strategie, veelal uit doctrinaire overwegingen, terwijl het vaststaat dat de effecten van medicatie en gedragstherapie mutueel versterkend zijn (Marks 1976 en 1983). De paniekaanvallen zelf kunnen effectief geblokkeerd worden door tricyclische antidepressiva of MAO-inhibitoren, maar het duurt verscheidene weken voor het paniekblokkerend effect inzet, de anticipatieangst tussen de aanvallen door wordt weinig afgezwakt en 1/3 van de patiënten stopt dit medicamenteus schema omwille van bijwerkingen (Mavissakalian en Michelson 1986). Klassieke benzodiazepines zijn nuttiger om hun effect op gegeneraliseerde angst dan om een eventueel paniekblokkerend effect (Dunner e.a. 1987). Alprazolam, een triazolobenzodiazepine blokkeert zowel de paniekaanvallen als de angst tussen de crisissen (Liebowitz e.a. 1986). Het paniekblokkerend effect zet snel in, maar bij het begin van de behandeling zijn soms hoge dosissen nodig, wat een zekere sedatie meebrengt (Cohn 1984). Of het antidepressief effect dat aan alprazolam door sommige onderzoekers wordt toegeschreven (Kahn e.a. 1986) een rechtstreeks medicamenteuze werking is moet nog worden bevestigd door verder onderzoek bij endogene depressies.

De noodzaak van een lange medicamenteuze behandeling van maanden tot een jaar stelt het probleem van het langdurig benzodiazepinegebruik aan de orde, de eventuele risico's voor gewenning en mogelijkheid van rebound bij het stoppen van de medicatie. Een juiste monitoring van de medicatie, het toedienen van de minimum effectieve dosering, zorgvuldigheid bij uitslijpen van het anxiolyticum maar vooral de aandacht voor een passende gedrags- en cognitieve therapie ondervangt dit probleem voor een groot deel.

De psychofarmacotherapie met tricyclische antidepressiva, alprazolam of een combinatie van beide wordt in de psychiatrische UZ-kliniek steeds ingesteld in combinatie met een progressieve desensitisatietechniek, waarbij de paniekpatiënt traint in angstsituaties met een stijgend anxiogeen effect volgens een door hemzelf opgestelde angsthiërarchie. Het medicamenteus angstblokkerend effect is heel belangrijk omdat een goede angstblokkering de patiënt motiveert om te oefenen in de confrontatie met de angstsituaties.

Een onmisbaar aspect van de behandeling is de cognitieve herstruc-

turering, waarbij de patiënt in een bewust geprovoceerde hyperventilatie, de symptomen die hij als voorbode van zijn urgentie aanvoelt duidelijk leert herkennen als somatische bijverschijnselen van angst. Zo kan de patiënt de verschijnselen die hij als tekens van een ernstige levensbedreigende ziekte beschouwt, opnieuw ervaren in hun reële proporties namelijk als hinderlijk lichamelijke verschijnselen of als waarschuwingssignalen voor psychische spanningen en conflicten.

De somatische (huis)arts moet bedacht zijn zowel op overmatige psychiatrisering van hyperventilatie en paniek als op overdreven medicalisering. Bij eenmalige angstparoxysmen is geruststelling, verandering van leefwijze en een steunende gespreksbegeleiding voldoende. Bij herhaalde aanvallen waarbij de patiënt duidelijk hypochondrisch wordt en overmatige doktersonderzoeken en technische investigaties eist, is méér uitgebreide aandacht nodig. Gespecialiseerde psychiatrische hulp is nodig bij ernstige paniekstoornissen met verwikkelingen zoals agorafobie of anticipatieangst en vanzelfsprekend ook bij de aanwezigheid van psychiatrische co-morbiditeit zoals suïcidaliteit, depressie, alcoholisme of benzodiazepine-abusus.

De liaison-psychiater kan een belangrijke rol hebben in het sensibiliseren van collega's niet-psychiaters voor het onderkennen van paniekpatiënten die als 'pseudomedische' urgentie via oproepcentra in een medisch circuit terechtkomen. De diagnostiek van een paniekaanval omvat niet alleen de exclusie van een acute somatische pathologie maar ook de positieve diagnose van een paniekstoornis die ook door de arts niet-psychiater dient gesteld door middel van evaluatie van de specifieke kliniek van angst en expliciete navraag naar gedragspathologie (agorafobie, vermijdingsgedrag) en cognitieve misvattingen (symptoominterpretatie van fysieke bijverschijnselen van angst als symptomen van immanente levensbedreiging). Bovendien kan de somatische arts die paniekpatiënten behandelt de effectiviteit van geruststelling door het meedelen van de negatieve onderzoeksresultaten gevoelig verhogen door aan deze geruststelling cognitieve revalidatie toe te voegen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Washington DC.

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised, Washington DC.

Aronson, T.A., en T.J. Craig (1986), Cocaine precipitation of panic disorder. *Am. J. Psychiatry, 143*, 5, 643-645.

Ballenger, J.C. (1986a), Biological aspects of panic disorder. *Am. J. Psychiatry, 143*, 4, 516-518.

Ballenger, J.C. (1986b), Pharmacotherapy of the panic disorders. *J. Clin. Psychiatry, 47*, 6 (suppl.), 27-32.

Bassuk E., en A.W. Birk (1986), *Emergency Psychiatry. Concepts, Methods, and Practices*. Plenum Press, New York.

Breier, A., D.S. Charney en G.R. Heninger (1984), Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry, 41*, 1129-1135.

Cameron, O.G., B.A. Thyer, R.M. Nesse en G.C. Curtis (1986), Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry, 143, 9*, 1132-1137.

Cavanaugh, S. (1986), Psychiatric Emergencies, *Medical Clinic of North America, 70*, 1185-1202.

Charney, D.S., G.R. Heninger en A. Breier (1984), Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of Yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry, 41*, 751-763.

Cohn, J.B. (1984), Double-blind safety and efficacy comparison of Alprazolam and placebo in the treatment of anxiety in geriatric patients. *Current Therapeutic Research, 35*, 1, 100-112.

Compernolle, T., K. Hoogduin en L. Joele (1979), Diagnosis and treatment of the hyperventilation syndrome. *Psychosomatics, 20, 9*, 612-625.

Coyle, P.K., en A.B. Sterman (1986), Focal neurologic symptoms in panic attacks. *Am. J. Psychiatry, 143*, 5, 648-649.

Dunner, D.L., D. Ishiki en D.H. Avery e.a. (1987), Effect of alprazolam and diazepam on anxiety and panic attacks in panic disorder: a controlled study. *J. Clin. Psychiatry, 47*, 458-461.

Ferrey, G. (1977), Spasmophilie. *Encycl. Méd.-Chir., Paris, Psychiatrie, 10*, fasc. 37670 A-75.

Fraschina, B. (1979), Revue critique du concept de spasmophilie. *Acta Psychiat. Belg., 79*, 391-403.

Garrabe, J. (1987), Anatomie d' un diagnostic á la mode: les 'panic-attacks'. *L'évolution Psychiatrique, 52*, 1, 163-174.

Gelder, M.G. (1986), Panic attacks: new approaches to an old problem. *British Journal of Psychiatry, 149*, 346-352.

Hoehn-Saric, R., en D.R. McLeod (1985), Generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 8*, 1, 73-88.

Hoes, M.J.A.J.M., P. Colla, P. van Doorn, H. Folgering en J. de Swart (1987), Hyperventilation and Panic Attacks. *J. Clin. Psychiatry, 48*, 11, 435-437.

Hollister, L.E. (1986), Pharmacotherapeutic considerations in anxiety disorders. *J. Clin. Psychiatry, 47*, 6 (suppl.), 33-36.

Joos, S., en G. Pieters (1986), *Het hyperventitaliesyndroom: geïntegreerd model en therapeutische aanpak*. Acco, Leuven.

Kahn, J.R., E. Stevenson, P. Topol en D.F. Klein (1986)l, Agitated depression, Alprazolam, and panic anxiety. *Am. J. Psychiatry, 143, 9*, 1172-1173.

Katon, W. (1984), Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *American Journal of Medicine, 77*, 101-106.

Keller, R., en H. Gerber (1979), Le syndrome d'hyperventilation psychogène chronique. *Médecine et Hygiène, 37*, 4301-4303.

Klerman, G.L. (1986), Current trends in clinical research on panic attacks, agoraphobia, and related anxiety disorders. *J. Clin. Psychiatry, 47*, 6 (suppl.), 37-39.

Lader, M. (1978), Current psychophysiological theories of anxiety. In: *Psychopharmacology: A generation of progress*, red. A. Lipton, A. DiMascio en K. Killam, Raven Press, New York, p. 1375-1379.

Leckman, J.F., M.M. Weissman, K.R. Merikangas, D.L. Pauls en B.A. Prusoff (1983), Panic disorder and major depression. Increased risk of depression,

alcoholism, panic, and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry, 40,* 1055-1060.

Lesser, I.M., en R.T. Rubin (1986), Diagnostic considerations in panic disorders. *J. Clin. Psychiatry, 47,* 6 (suppl.), 4-10.

Liebowitz, M.R., A.J. Fyer, J.M. Gorman, R. Campeas, A.L. Levin, S.R. Davies, D. Goetz en D.F. Klein (1986), Alprazolam in the treatment of panic disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 6,* 1, 13-20.

Lum, L.C. (1983), Physiological considerations in the treatment of hyperventilation syndromes. *Journal of Drug Research, 8,* 6, 1867-1872.

Lydiard, R.B., M.T. Laraia, E.F. Howell en J.C. Ballenger (1986), Can panic disorder present as irritable bowel syndrome? *J. Clin. Psychiatry, 47,* 9, 470-473.

Marks, I. (1976), The current status of behavioral psychotherapy: Theory and practice. *Am. J. Psychiatry, 1433,* 3, 253-261.

Marks, I.M., S. Gray, D. Cohen, R. Hill, D. Mawson, E. Ramm en R.S. Stern (1983), Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework. *Arch. Gen. Psychiatry, 40,* 153-162.

Mavissakalian, M., en L. Michelson (1986), Two-year follow-up of exposure and Imipramine treatment of agoraphobia. *Am. J. Psychiatry, 143,* 9, 1106-1112.

Muskin, P.R., en A.J. Fyer (1981), Treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 1,* 2, 81-90.

Pieters, G., en S. Joos (1987), Paniek in, hyperventilatie out? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 29,* 1-8.

Raskin, M., H. Peeke, W., Dickman en H. Pinsker (1982), Panic and generalized anxiety disorders: developmental antecedents and precipitants. *Arch. Gen. Psych., 39,* 687-689.

Salkovskis, P.M., D.R. Jones en D.M. Clark (1985), Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extention with concurrent measures of behaviour and pCO2. *British Journal of Psychiatry, 148,* 526-532.

Shear, M.K. (1986), Pathophysiology of panic. A review of pharmacologic provocative tests and naturalistic monitoring data. *J. Clin. Psychiatry, 47,* 6 (suppl.), 18-26.

Sheehan, D.V., J. Ballenger en G. Jacobsen (1980), Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry, 37,* 51-59.

Sheehan, D.V. (1982), Current views on the treatment of panic and phobic disorders. *Drug Therapy Hospital,* 74-93.

Torgersen, S. (1986), Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry, 143,* 5, 630-632.

Weissman, M.M., en K.R. Merikangas (1986), The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. *J. Clin. Psychiatry, 47,* 6 (suppl.), 11-17.

Wilmotte, J. (1985), Dépression, anxiété et troubles nevrotiques. *Acta Psychiatrica Belgica, 85,* 469-479.

Wilmotte, J., en G. Charles (1987), Dépression et Anxiété. *Acta Psychiatrica Belgica, 87,* 3, 281-288.

Schrijvers zijn respectievelijk psychiater, hoofd van de Psychiatrische Polikliniek en psychiater in opleiding, verbonden aan de Dienst Psychiatrie, internist, hoofd van de Dienst Spoedopname en verpleegkundige, verbonden aan de Dienst Spoedopname, Universitair Ziekenhuis Gent.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-7-'88.