

Samenvatting

Stemmingsstoornissen en angststoornissen zijn zwaargewichten wat betreft psychische aandoeningen. Niet alleen komen zij vaak voor, bij respectievelijk 6% en 10% van de Nederlandse bevolking, ook hebben zij een enorme invloed op het individu, zijn of haar directe omgeving en de maatschappij in zijn geheel. Zo gaan stemmingsstoornissen en angststoornissen samen met een verminderde kwaliteit van leven, zorgbehoefte, een grote kans op het ontwikkelen van andere psychische en lichamelijke klachten en zelfs met een verhoogde kans op vroegtijdige sterfte.

Ook milde vormen die niet voldoen aan de klinische definitie gesteld in de Diagnostic and Statistical Manual (DSM), de diagnostische leidraad in de psychiatrie, kunnen een grote invloed hebben. Deze subklinische vormen, hoewel in mindere mate dan de klinische varianten, gaan samen met dezelfde negatieve aspecten. Daarnaast blijken mensen met subklinische depressie en subklinische angst een sterk verhoogd risico te hebben voor het ontwikkelen van klinische stemmingsstoornissen of angststoornissen in de toekomst. Subklinische depressie en subklinische angst mogen dan wel te mild zijn om van een klinische stoornis te spreken, toch kunnen zij klinisch relevant zijn.

Wanneer klachten niet voldoen aan een klinische diagnose zoals gesteld in de DSM, hoe moeten wij dan klinisch relevante depressie en angst vaststellen? Dit is de eerste vraag die in dit proefschrift wordt gesteld. De inschatting of subklinische klachten klinisch relevant zijn is belangrijk, zij moeten immers niet verward worden met een sporadische 'dip' of angst die bij het gewone leven hoort. In de bestaande literatuur worden subklinische depressie en soms ook subklinische angst onderzocht, maar definities die daarbij gehanteerd worden lopenijd uiteen en zijn over het algemeen weinig onderbouwd. In de DSM wordt gesteld dat een ziektebeeld klinisch relevant is wanneer klachten samengaan met subjectief lijden, of met een beperking in het functioneren. In dit proefschrift worden subklinische depressie en subklinische angst empirisch gedefinieerd op basis van het functioneren in het dagelijks leven.

De tweede vraag die wordt beantwoord in dit proefschrift is hoe de mensen met subklinische depressie of subklinische angst, zoals eerder gedefinieerd, zich verder ontwikkelen. Uit eerder onderzoek blijkt dat mensen met subklinische depressie en subklinische angst een grotere kans hebben op een ongunstig beloop van hun klachten, zoals een grotere kans op een klinische stemmingsstoornis of angststoornis in de nabije toekomst. In dit proefschrift onderzoeken wij het beloop van subklinische depressie en subklinische angst in termen van het optreden van een klinische stemmingsstoornis of angststoornis, maar ook in termen van het functioneren in het dagelijks leven.

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van data van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). Deze longitudinale cohort studie bestudeert de etiologie en het beloop van depressie (depressieve stoornis en dysthymie) en angststoornissen (sociale fobie, paniekstoornis, agorafobie en genera-

liseerde angststoornis). Aan NESDA namen 2981 respondenten deel, met of zonder stemmings- of angststoornis, vanuit de algemene populatie, de eerste- of de tweedelijns hulpverlening. De studies beschreven in dit proefschrift zijn gebaseerd op data van de eerste meting, de verkorte tussentijdse meting na één jaar en de meting na twee jaar. In Hoofdstuk 1 wordt een theoretische achtergrond beschreven en worden de onderzoeksdoelen gedefinieerd, waarna de onderzoeksresultaten gepresenteerd worden in Hoofdstukken 2 tot en met 6. In Hoofdstuk 2 wordt nagegaan hoe klinisch relevante subklinische depressie het beste kan worden vastgesteld. Hiervoor werd een vragenlijst, de Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report (IDS-SR30), vergeleken met een diagnostisch interview, de Composite International Diagnostic Interview (CIDI), in relatie tot disfunctioneren in het dagelijks leven. Beide instrumenten waren op subklinisch niveau positief geassocieerd met disfunctioneren, maar deze associatie was veel sterker voor de IDS-SR30 dan voor de CIDI. De keuze voor de IDS-SR30 als meetinstrument voor subklinische depressie werd verder ondersteund door sensitiviteits- en specificiteitsanalyses. Bij een gebrek aan een grens die aangeeft welke mate van disfunctioneren werkelijk 'te veel' is, blijft een grens tussen normale en subklinische depressie enigszins arbitrair. Mensen met een milde depressiescore op de IDS-SR30 (score 14-25) al significant meer disfunctioneren te ervaren in het dagelijks leven dan mensen binnen de normale, gezonde range (score 0-13). Het verschil in disfunctioneren tussen mensen met een milde depressie score en mensen met een normale depressiescore was groot te noemen in termen van effect. Het is daarom aannemelijk om hier de grens tussen normaal en klinisch relevante subklinische depressie te trekken. Deze grens werd ook ondersteund door sensitiviteits- en specificiteitsanalyses.

In Hoofdstuk 3 wordt nagegaan hoe klinisch relevante subklinische angst het beste kan worden vastgesteld. Net als in Hoofdstuk 2 werden hiervoor twee instrumenten met elkaar vergeleken, de Beck Anxiety Inventory (BAI) en de CIDI, in relatie tot disfunctioneren in het dagelijks leven. Afbreekregels bleken bij normaal gebruik van de CIDI de constatering van subklinische angstklachten met dit instrument ernstig te belemmeren. Wanneer niet meer aan de criteria van een bepaalde klinische angststoornis kan worden voldaan, wordt bij normaal gebruik de interviewer naar een volgende sectie geleid, waardoor veel informatie over subklinische klachten verloren gaat. De BAI daarentegen bleek wel geschikt voor het meten van angst op subklinisch niveau, zoals ook bleek uit de sterke, positieve relatie met disfunctioneren in het dagelijks leven. Net als bij subklinische depressie blijft de grens tussen normale en subklinische angst enigszins arbitrair, maar mensen met een milde angstscore (score 10-18) bleken reeds meer disfunctioneren te ervaren dan mensen met een normale, gezonde angstscore (score 0-9). Al bij een score van 11 bleek dit verschil groot in termen van effect, wat deze score als grens tussen normale angst en klinisch relevante subklinische angst onderbouwt. Het gebruik van de BAI en de gehanteerde grens werden ondersteund door sensitiviteits- en specificiteitsanalyses.

Nadat subklinische depressie en subklinische angst op empirische basis waren gedefinieerd, kon in NESDA hun verdere ontwikkeling worden gevolgd. In Hoofdstuk 4 wordt beschreven in welke mate subklinische depressie en subklinische angst het optreden van klinische stemmingsstoornis of angststoornis voorspellen. Ook wordt gekeken in welke mate het hebben meegemaakt van een klinische stemmingsstoornis of angststoornis in het verleden het optreden van een nieuwe stemmingsstoornis of angststoornis voorspelt. Het bleek dat mensen met zowel een stoornis in het verleden als huidige subklinische klachten de grootste kans hadden om de stoornis binnen twee jaar te ontwikkelen. Mensen met zowel een eerdere stemmingsstoornis als huidige subklinische klachten hadden een veel grotere kans om binnen twee jaar opnieuw een stemmingsstoornis te krijgen, vergeleken met mensen die geen van beide hadden. Ook hadden zij een grotere kans om een angststoornis te ontwikkelen in deze tijd. Mensen met zowel een angststoornis in het verleden als huidige subklinische angst hadden een veel grotere kans om binnen twee jaar een angststoornis en een grotere kans om een stemmingsstoornis te ontwikkelen, vergeleken met mensen die geen van beide hadden. Ook een stoornis in het verleden alleen of huidige subklinische klachten alleen bleken goede voorspellers van een stoornis binnen twee jaar. Een opvallende bevinding hierbij was dat een stemmingsstoornis in het verleden en huidige subklinische depressie niet alleen het ontstaan van een stemmingsstoornis voorspelden, maar ook het ontstaan van een angststoornis. Een verklaring kan mogelijk gevonden worden in de exploratieve bevinding dat depressie met name een voorspeller leek te zijn voor angststoornissen waarbij het cognitieve 'zorgen maken' (in contrast met fysieke angst) op de voorgrond staat, namelijk gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie. Dit zorgen maken, ook wel rumineren genoemd, wordt gedeeld met de depressie, het zijn overkoepelende kenmerken.

Niet alleen hebben mensen met subklinische klachten een grotere kans op het ontwikkelen van een klinische stoornis, ook hun functioneren in het dagelijks leven blijft achter. In Hoofdstuk 5 wordt getoond dat mensen met subklinische klachten weliswaar verbeterden in functioneren, maar twee jaar later nog steeds slechter functioneerden dan mensen zonder subklinische klachten. Verscheidene ziekte-, persoonlijke en omgevingsfactoren werden bestudeerd om het slechtere functioneren te verklaren. De factoren die geassocieerd waren met slechter functioneren in mensen met subklinische klachten kwamen grotendeels overeen met de factoren die geassocieerd waren met slechter functioneren in mensen zonder subklinische klachten. Een angststoornis in het verleden, een grote mate van neuroticisme, een kleine mate van consciëntieusheid, traumatische ervaringen in de jeugd en een groter aantal somatische aandoeningen gingen samen met groter disfunctioneren in mensen met en zonder subklinische klachten. Alleen een hogere leeftijd ging samen met groter disfunctioneren enkel in mensen met subklinische klachten. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor factoren die een verslechtering of verbetering in functioneren over de

tijd voorspelden, wat benadrukt dat de samenhang tussen de genoemde factoren en disfunctioneren niet alleen voor een brede groep geldt, maar ook constant is.

Nog een volgende studie naar depressie en angst werd uitgevoerd, buiten het kader van het centrale thema van dit proefschrift. In Hoofdstuk 6 wordt beschreven in hoeverre klinische stemmingsstoornissen en angststoornissen samengaan met een tijdelijke verschuiving in persoonlijkheid zoals gemeten met de NEO-Five Factor Inventory, zogenaamde toestandseffecten (state effects). Toestandseffecten op neuroticisme en extraversie zijn vaker aangetoond bij stemmingsstoornissen, maar er zijn weinig studies die een toestandseffect bij angststoornissen beschrijven. Ook worden toestandseffecten bij stemmingsstoornissen en bij angststoornissen vrijwel nooit samen onderzocht, terwijl deze twee stoornisgroepen wel vaak samen gaan. Wanneer slechts één van de twee stoornisgroepen wordt onderzocht, zou de andere een onbekende mate van vertekening op kunnen leveren op persoonlijkheidsmaten. In deze studie werd hiervoor gecorrigeerd in analyses. Zowel stemmingsstoornissen als angststoornissen bleken samen te gaan met kleine toestandseffecten op neuroticisme, maar effecten op extraversie en consciëntieusheid bleken vooral met stemmingsstoornissen samen te gaan. Deze resultaten bleven behouden wanneer de stemmingsstoornissen werden opgesplitst in depressie en dysthymie en de angststoornissen werden opgesplitst in sociale fobie, paniekstoornis, agorafobie en gegeneraliseerde angststoornis. Er werden additionele relaties gevonden tussen toestandseffecten op extraversie en sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis en tussen toestandseffecten op consciëntieusheid en sociale fobie, wat net als de resultaten in Hoofdstuk 4 zou kunnen wijzen op een grotere gemeenschappelijkheid van depressie met sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis dan met de overige angststoornissen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de effecten gevonden voor de stoornissen afzonderlijk zeer klein waren, mogelijk door een gebrek aan statistische power.

Dit proefschrift eindigt met een algemene discussie (Hoofdstuk 8), waarin de bevindingen worden samengevat en besproken in de context van eerdere studies. Ook worden implicaties van de bevindingen, methodologische kwesties, suggesties voor komende studies en opties voor behandeling en preventie besproken. De belangrijkste conclusie is dat subklinische depressie en subklinische angst gedefinieerd aan de hand van functioneren wel degelijk klinisch relevant kunnen zijn. Niet alleen gaan zij samen met disfunctioneren in het dagelijks leven, ook het beloop is ongunstig. Dit betekent niet dat subklinische depressie of subklinische angst automatisch als stoornissen moeten worden gezien, of dat iedereen met subklinische klachten behandeld moet worden. Wel roepen subklinische klachten om verdere exploratie van het welzijn van het individu in kwestie. Het totaalbeeld van klachten, omstandigheden en behoeften zouden moeten bijdragen aan de keuze voor behandeling om de klachten te verminderen of preventie om erger te voorkomen. Preventie is effectief gebleken in uiteenlopende settings en kan op lange termijn zelfs goedkoper zijn dan de kosten die klinische

depressieve en angststoornissen met zich meebrengen. Mensen met een combinatie van subklinische klachten en additionele risicofactoren, zoals een grote mate van neuroticisme of veel somatische klachten, zouden wat betreft inzet en kosten de meest effectieve doelgroepen kunnen zijn voor preventieve initiatieven. Interventies zouden moeten worden vormgegeven volgens het zogenaamde stepped care model, dat wil zeggen startend met relatief weinig intensieve en goedkope interventies die naar behoefte intensiever en duurder worden wanneer eerdere interventies niet toereikend blijken of wanneer de klachten verergeren. Hoewel studies nodig zijn naar de werkzaamheid, kosten en baten van behandeling en preventie van subklinische klachten, zijn een groot aantal opties voorhanden, variërend van een simpel 'in de gaten houden' door de huisarts tot gespecialiseerde psychologische behandeling.