



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Out of the box : moving from categories to dimensions in the phenomenology of depression and anxiety.**

Hollander-Gijsman, M.E. den

### **Citation**

Hollander-Gijsman, M. E. den. (2013, December 11). *Out of the box : moving from categories to dimensions in the phenomenology of depression and anxiety*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/22851>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/22851>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/22851> holds various files of this Leiden University dissertation

**Author:** Hollander-Gijsman, Margien Elisabeth den

**Title:** Out of the box : moving from categories to dimensions in the phenomenology of depression and anxiety

**Issue Date:** 2013-12-11

## SAMENVATTING

Er is de laatste decennia veel onderzoek verricht naar de oorzaken en optimale behandeling van depressies en angststoornissen. De geboekte vooruitgang is echter relatief beperkt, omdat onderzoeksresultaten veelal niet consistent en soms zelf tegenstrijdig blijken.

Een veel genoemde mogelijke oorzaak hiervoor is het gebruik van de DSM-IV om de stoornissen vast te stellen. De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een Amerikaans handboek met diagnoses van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient en door vrijwel alle psychiaters en psychologen gebruikt wordt. De eerste editie is verschenen in 1952 en vanaf de derde editie (DSM III, 1980) worden stoornissen duidelijk beschreven en wordt er gedefinieerd welke symptomen kunnen voorkomen bij een ziektebeeld, en hoeveel symptomen aanwezig dienen te zijn, voordat er gesproken kan worden van een bepaald syndroom of ziektebeeld bij een patiënt. Voor die tijd werden termen als 'depressie' en 'psychose' door verschillende auteurs heel anders ingevuld. Door heldere standaard beschrijvingen werd de classificatie meer betrouwbaar en kon men er ook internationaal over communiceren. Als voorbeeld staan in tekstvak 1 de criteria die in de DSM-IV gehanteerd worden voor het vaststellen van een depressieve stoornis. In de onderzoeken in dit proefschrift is gebruik gemaakt van de DSM-IV-TR (2000). Zeer recent in mei 2013 is de DSM-5 verschenen.

Naast de grote winst die de standaardisatie in diagnoses heeft gebracht, heeft deze categoriale benadering ook nadelen. Ten eerste is er veelvuldig sprake van comorbiditeit; DSM-diagnoses komen veel samen voor. Ten tweede zijn de grenzen tussen ziek en gezond (wel of geen DSM-diagnose) kunstmatig. Er is een afkappunt bepaald, maar in werkelijkheid is er geen afkappunt tussen ziek en gezond, net zoals er geen duidelijk moment aan te geven is wanneer de dag overgaat in de nacht: er is sprake van een continue verdeling.

Een derde probleem van de DSM is dat er binnen één diagnosegroep veel verschil kan zijn in symptomen. Om deze heterogeniteit te illustreren, staan in tekstvak 2 de klachten van twee fictieve patiënten beschreven, die allebei voldoen aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis. Hoewel beide personen dezelfde diagnose hebben, is er een groot verschil in de symptomen die zij ervaren. Als zij elkaar zouden spreken, zouden zij vast en zeker verbaasd zijn dat ze voor dezelfde ziekte behandeld (gaan) worden. Dit is mogelijk omdat het hebben van vijf van negen klachten voldoende is om aan de DSM diagnose depressie te voldoen (zie tekstvak 1). Bovendien bevatten sommige criteria zowel een toename als een afname van een bepaald gedrag (bijvoorbeeld gewichtstoename en – afname). Dit illustreert dat een groep patiënten met een depressie een heterogene groep is.

### **DSM-IV criteria Depressie**

Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken bijna dagelijks aanwezig en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel depressieve stemming ofwel verlies van interesse of plezier.

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag
2. Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag
3. Duidelijke gewichtsvermindering zonder diet, of gewichtstoename of afgenomen of toegenomen eetlust
4. Insomnia of hypersomnia
5. Psychomotorische agitatie of remming
6. Moeheid of verlies van energie
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
9. Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, of een (specifiek plan voor een) suïcidepoging

#### *Tekstvak 1*

### **Twee patiënten met een depressie**

Patient A (vrouw, 36 jaar) voelt zich verdrietig en waardeloos, heeft moeite om in slaap te komen, en heeft gewicht verloren. Ze voelt zich erg schuldig tegenover haar gezin (man en twee jonge kinderen) en wenst vaak dat ze de volgende ochtend niet meer wakker wordt ("dat zou het beste zijn voor iedereen").

Patient B (vrouw, 29 jaar) geniet niet meer zo van haar leven als ze voorheen deed. Ze slaapt erg veel en heeft weinig energie, ze is in de afgelopen maanden 5 kilo aangekomen. Ze krijgt weinig voor elkaar en kan zich niet concentreren.

#### *Tekstvak 2*

Een dimensionele benadering lijkt de oplossing voor alle drie de problemen. Je stelt daarbij geen diagnoses meer, maar karakteriseert iemand aan de hand van de mate waarin verschillende kenmerken voorkomen. Dat doe je

bij iedereen op dezelfde manier, los van eventuele DSM diagnoses. Zo wordt bijvoorbeeld bij iedereen bepaald hoe somber hij is, hoe waardeloos hij zich voelt, hoe angstig enzovoort. De mate waarin die kenmerken voorkomen wordt bepaald aan de hand van een reeks vragen die elk gescoord moeten worden op de mate waarin ze van toepassing zijn, bijvoorbeeld op een schaal van 0 tot 5. Comorbiditeit is dan geen probleem meer, want iedereen wordt op dezelfde kenmerken 'gescoord', ook het onderscheid tussen ziek en gezond speelt niet meer en tenslotte kan met een dimensionele benadering ook beter rekening worden gehouden met de heterogeniteit.

Het doel van dit proefschrift was om de haalbaarheid van dimensionele modellen te testen in een grote steekproef psychiatrische poliklinische patiënten met stemmingsstoornissen, angst en/of somatoforme stoornissen en een dimensioneel model te ontwikkelen dat de nadelen van bestaande modellen overwint.

De databestanden met gegevens van patiënten die in dit proefschrift zijn gebruikt, zijn verzameld met Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM is het herhaald meten van de klachten en problemen van de patiënten voorafgaand aan, tijdens en na de behandeling. In hoofdstuk 2 wordt de methode ROM in detail beschreven. De studie laat zien dat implementatie van ROM haalbaar is en dat veel behandelaren ROM beschouwen als een belangrijke aanvulling voor de klinische behandeling. Ook stimuleert ROM onderzoek; de verzamelde gegevens kunnen immers gebruikt worden voor onderzoek naar de fenomenologie van psychiatrische stoornissen (zoals dit proefschrift) en de uitkomsten van behandeling zoals gegeven in de dagelijkse klinische praktijk. Opvallend is de hoge comorbiditeit in ons patiëntenbestand. Volgens het diagnostische interview dat bij alle patiënten is afgenomen als onderdeel van ROM (de MINI-Plus), voldoen 1,618 patiënten (42.6%) aan de criteria van een enkele stemmings-, angst- of somatoforme stoornis. Een bijna even groot aantal patiënten, 1,556 patiënten (41.0%) had ten tijde van de meting meer dan één van deze stoornissen: 967 patiënten (25.5%) met twee stoornissen, 403 patiënten (10.6%) met drie, en 186 patiënten (4.9%) met vier of meer stoornissen tegelijk. Dit veelvuldig tegelijk voorkomen van verschillende van deze stoornissen laat zien dat de DSM categorieën niet uitsluitend en onderscheidend zijn en benadrukt de behoefte aan een dimensioneel model.

In hoofdstuk 3 hebben we de relatie onderzocht tussen ernst en comorbiditeit van depressie en angststoornissen in een groot patiënten bestand. Zoals verwacht, was de ernst van symptomen hoger in de groep met comorbiditeit vergeleken met de groepen met slechts één stoornis (geen comorbiditeit). De patiënten met meer dan één stoornis waren er dus slechter aan toe dan de patiënten met een enkele stoornis. De ernst van de depressieve symptomen in de comorbide groep was hoger dan in de groep met een 'pure' depressie en de ernst van angstsymptomen in de comorbide groep was hoger dan in de

groep met een 'pure' angststoornis. Opmerkelijk was ook dat de gemiddelde score op de angstscales niet significant verschilde tussen patiënten met een pure depressie en patiënten met een pure angststoornis. Bevindingen zoals hierboven beschreven blijven verborgen als alleen categoriaal wordt gediagnosticeerd. Bij een dimensionele benadering komen ze wel aan het licht.

Een veel gebruikt dimensioneel model om de symptomen van depressie en angststoornissen te beschrijven is het 'tripartite model', ontwikkeld door Clark en Watson in 1991. Dit model bestaat uit drie dimensies en is ontwikkeld om de gemeenschappelijke en specifieke symptoom domeinen van depressie en angst te beschrijven. De eerste dimensie *Negatief Affect* (NA) bestaat uit symptomen van algemeen psychisch onwelbevinden, zoals boos, ontdaan, en verdrietig. NA is een algemene factor en is niet specifiek voor depressie of angst. De twee andere factoren in het model zijn respectievelijk specifiek voor depressie en angst. De dimensie *Positief Affect* (PA) bestaat uit symptomen van gebrek aan interesse en energie, en is specifiek voor depressie. De dimensie *Somatic Arousal* (SA) bestaat uit symptomen van somatische (lichamelijke) opwindings, zoals versnelde hartslag en zweten. Het is specifiek voor angst.

De drie dimensies van het tripartite model kunnen gemeten worden met een vragenlijst; de MASQ (Mood and Anxiety Symptom Questionnaire). Om onderzoek te kunnen doen naar het tripartite model in Nederlandse databestanden, was een vertaling van de MASQ een vereiste. In hoofdstuk 4 wordt de Nederlandse vertaling van de MASQ gepresenteerd en de toepasbaarheid en validiteit getest. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse MASQ bleken ruim voldoende te zijn. In overeenstemming met het model vonden we drie schalen terug in de data, die bovendien goed onderscheid kunnen maken tussen subgroepen van patiënten met stemmings- en angststoornissen.

Hoewel het tripartite model veel onderzoek naar dimensies heeft gestimuleerd, heeft het ook kritiek ontvangen. Een belangrijk punt van kritiek is dat de symptomen van de verschillende angststoornissen geen deel uitmaken van het model. De dimensie SA beslaat niet alle angststoornissen, maar vooral de paniek stoornis. Het is een nauwe conceptualisatie van angst. Het beperkt zich tot de lichamelijke uitingen van angst en negeert andere belangrijke aspecten zoals piekeren en vermijdings- oftewel fobische angst.

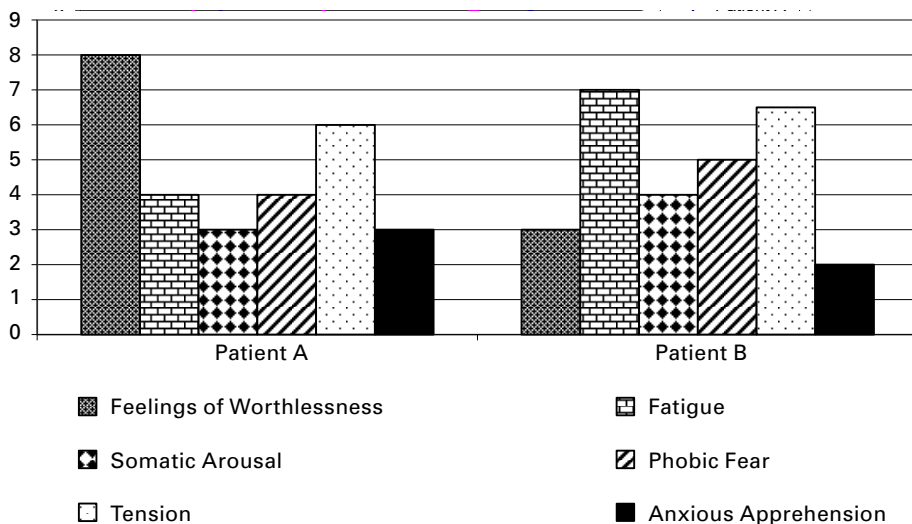
In hoofdstuk 5 presenteren we een eerste eigen dimensioneel model dat een aantal belangrijke aspecten van depressie en angst omvat en bestaat uit duidelijk van elkaar verschillende dimensies. Ons doel was onder andere om meer symptomen van angst in het nieuwe model op te nemen dan was gebeurd in het tripartite model. We hebben in dit onderzoek vragen gebruikt van 2 vragenlijsten: de Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ, Watson & Clark, 1991) en de Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1975). Het gepresenteerde model bestaat uit vijf dimensies: sombere stemming, laag

positief affect, somatische arousal, fobische angst en vijandigheid (depressed mood, lack of positive affect, somatic arousal, phobic fear, hostility).

De validiteit van het model werd ondersteund door de volgende bevindingen: de schalen bleken in staat om onderscheid te maken tussen patiënten met ofwel een stemmings- ofwel een angststoornis. Laag positief affect en fobische angst onderscheidde het best tussen depressieve patiënten en patiënten met een angststoornis. Ook lieten de verschillende angststoornissen een verschillend patroon zien qua scoring op de nieuwe dimensies. Binnen de angststoornissen was somatische arousal specifiek voor patiënten met een paniekstoornis. Fobische angst bleek geassocieerd met een paniekstoornis, een specifieke fobie en een sociale angststoornis, maar niet met een gegeneraliseerde angststoornis (GAD).

Overwegende dat de in hoofdstuk 5 beschreven studie het model valideert door vergelijking van de dimensies met de categorieën van de DSM-IV (stoornis-gebaseerde aanpak), hebben we in hoofdstuk 6 een stap gedaan verder weg van de DSM-IV en meer in de richting van een 'echt dimensioneel model' (symptoom-gebaseerde aanpak). Als uitgangspunt hebben we gebruik gemaakt van een groot aantal items (vragen in vragenlijst): (1) De items van de Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (Watson & Clark, 1991) om NA, PA en SA te meten, (2) Items van de angst subschalen van de Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1975), om angst te meten en (3) door onszelf geformuleerde vragen om 'anxious apprehension', piekeren over wat komen gaat, te meten. We legden de vragen voor aan 1333 poliklinische patiënten en analyseerden ze vervolgens met geavanceerde technieken om de dimensies vast te stellen. We gebruikten eerst de ingevulde vragenlijsten van een deel van de patiënten om vast te stellen om welke factoren of dimensies het gaat. Daarna keken we in de gegevens van de overige patiënten of het geen toevallige bevinding was, of we in die tweede groep hetzelfde vonden. We kwamen uit op een 6-factor model met de volgende dimensies: gevoelens van waardeloosheid, vermoeidheid, somatische arousal, angstige bezorgdheid, fobische angst en spanning (feelings of worthlessness, fatigue, somatic arousal, anxious apprehension, phobic fear, tension). Somatische arousal, angstige bezorgdheid en fobische angst zijn allemaal duidelijk angstachtige klachten. In plaats van alleen de enkele angstdimensie van het tripartite model (somatische arousal), onderscheidt het in hoofdstuk 6 beschreven model drie groepen van angstsymptomen. Met dit dimensionele model kunnen verschillende symptomen van depressie en angst geregistreerd worden. Het doet recht aan de heterogeniteit van angst en bestaat uit eenvoudig te meten dimensies.

Het model biedt een oplossing voor de drie problemen die aan de categoriale benadering kleven. Om te beginnen maakt het de heterogeniteit in klachten en symptomen zichtbaar bij mensen die volgens de DSM dezelfde diagnose hebben. Figuur 1 geeft een grafische voorstelling van het symptoomprofiel van



*Figuur 1 Voorbeeld van een 'symptoomprofiel' voor twee patiënten, gediagnosticeerd met een depressie volgens de DSM-IV.*

de twee hierboven besproken fictieve patiënten die volgens de DSM-IV beiden aan een depressie lijden (zie tekstvak 2). Het is duidelijk zichtbaar dat ondanks het feit dat beide patiënten de diagnose 'depressieve stoornis' hebben, ze, als we ze karakteriseren met behulp van de zes dimensies die we gevonden hebben, een heel verschillend symptoomprofiel hebben.

Ook patiënten die volgens de DSM-IV een angststoornis hebben, kunnen worden gekarakteriseerd met dezelfde zes dimensies en zullen over het algemeen een ander profiel hebben. De aanwezige angstklachten die wij vonden bij gebruik van de DSM-IV, bij puur depressieve patiënten (zie hoofdstuk 3) zal in deze dimensionele profielen ook zichtbaar worden. Ook de klachten van patiënten met comorbiditeit kunnen met deze zes dimensies worden gekarakteriseerd. Tenslotte speelt ook de kunstmatige scheiding tussen ziek en gezond bij deze dimensies geen rol meer: iedereen die de vragenlijst invult krijgt een profiel op basis van dezelfde zes dimensies. Dit geldt ook voor mensen die geen klachten hebben en voor mensen die wel psychische klachten hebben maar volgens de DSM-IV niet aan de criteria voor een depressie of een angststoornis voldoen.

Alvorens een dimensionele benadering op grote schaal te kunnen gaan gebruiken, moet de superioriteit van de dimensionele benadering ten opzichte van de DSM-IV worden aangetoond. Niet alleen voor wat betreft het onderzoek



naar de etiologie (ontstaansgeschiedenis) van psychische stoornissen maar ook naar de klinische bruikbaarheid. Toekomstig onderzoek moet eerst uitwijzen of een dimensioneel profiel inderdaad efficiënter is om te beslissen wat het belangrijkste doelwit voor de behandeling zou moeten zijn en wat voor soort behandeling wordt aanbevolen voor een patiënt. Op termijn kan het hopelijk ook bijdragen aan het ontwikkelen van nieuwe, meer op de specifieke kenmerken van de klachten van de individuele patiënt, afgestemde behandelingen en daarmee op wat men wel noemt 'personalized medicine'. Wij zijn van mening dat de nadruk in onderzoek de komende jaren moet liggen op het bepalen van de factoren die kunnen voorspellen hoe symptomen zich ontwikkelen in de tijd en factoren die effectieve behandeling kunnen voorspellen. Een dimensionele benadering moet hier een onderdeel van zijn, en de verwachting is dat er grotere voortgang gemaakt zal worden in de kennis over depressie en angst, dan met de traditionele categoriale benadering van psychische klachten.

