

Afname van depressie en de uitkomst bij de behandeling van angststoornis – een observationele studie van ROM-data

W.H. BRAAM, J. SPIJKER, G.J. HENDRIKS, J.N. VRIJSEN

ACHTERGROND De meeste ggz-instellingen in Nederland werken met stoornisspecifieke zorgprogramma's. Indien er sprake is van comorbiditeit, wat eerder regel is dan uitzondering in de specialistische ggz (SGGZ), blijkt er onvoldoende evidentie te bestaan als het gaat om het kiezen van de focus van behandeling.

DOEL Inzicht krijgen in de prevalentie van comorbiditeit met depressie bij patiënten met angststoornissen volgens de DSM-IV-classificatie (angststoornissen inclusief de dwangstoornissen en de posttraumatische stressstoornis). Tevens nagaan of er een verschil is in behandelingseffect bij een protocollaire angstbehandeling tussen patiënten met één (of meerdere) angststoornissen zonder of met een comorbide depressie.

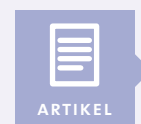
METHODE Retrospectieve studie met gegevens uit routine outcome monitoring over de periode 2012-2017. In deze periode identificeerden we 127 patiënten van wie ROM-data en diagnostische criteria beschikbaar waren. Diagnostiek en DSM-classificatie vonden plaats met een klinisch interview. De behandeling werd uitgevoerd conform de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen en elke 12 weken systematisch gemonitord met zelfrapportagelijsten, waaronder de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) en de Beck Anxiety Inventory (BAI).

RESULTATEN Bij 46,5% van de onderzochte patiënten was er een comorbide depressieve stoornis aanwezig. De behandelingseffecten bij patiënten met of zonder comorbide depressie verschilden niet van elkaar. Als opvallende bevinding werd gevonden dat de mate van vermindering van de depressieve klachten (gemeten met de IDS) voorspellend bleek te zijn voor de mate van vermindering van de angstklachten (gemeten met de BAI): een sterkere vermindering van de stemmingsklachten bleek een gunstiger beloop van het effect van de protocollaire angstbehandeling te voorspellen.

CONCLUSIE Bij iets minder dan de helft van de patiënten in het zorgprogramma angststoornissen was sprake van een comorbide depressieve stoornis. Traag of niet afnemen van de depressieve symptomen lijkt geassocieerd met een slechter behandelresultaat op de angstklachten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)3, 187-193

TREFWOORDEN angststoornis, behandeluitkomst, comorbiditeit, depressie, retrospectief dossieronderzoek, ROM, voorspellen



Ongeveer de helft van de patiënten met een angststoornis heeft tevens een depressieve stoornis en bij patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan dat zelfs oplopen tot 94% (Schaffer e.a. 2012). Bij patiënten met een depressieve stoornis variëren de percentages van (comor-

bide) angststoornissen van 40 tot 80% (Kessler e.a. 1994; De Graaf e.a. 2003; Jacobi e.a. 2004; Rush e.a. 2005; Lamers e.a. 2011).

Uit verschillende prospectieve cohortstudies, waaronder de *Netherlands Study of Depression and Anxiety* (NESDA), blijkt

dat patiënten met comorbiditeit van angst en depressie een slechtere prognose hebben dan patiënten met alleen angst of depressie met meer kans op chroniciteit, suïcidaliteit en een slechtere functionele uitkomst (Penninx e.a. 2011). Ook in behandelstudies wordt vaker een slechtere behandeluitkomst en een grotere kans op terugval gevonden bij de combinatie van een angststoornis met een depressieve stoornis (Schaffer e.a. 2012).

Bij de psychologische richtlijnbehandeling van angststoornissen is cognitieve gedragstherapie met het accent op exposure de eerste keuze. Dat is anders dan bij de psychologische behandeling van depressie, waarbij meer keuzes gemaakt kunnen worden (bijvoorbeeld interpersoonlijke therapie versus cognitieve gedragstherapie). Vanuit de huidige richtlijnen voor angst- en depressieve stoornissen zijn aangaande deze frequent voorkomende comorbiditeit nauwelijks wetenschappelijk onderbouwde adviezen terug te vinden voor het maken van een keuze voor de focus van de behandeling: de depressie of de angststoornis. Geadviseerd wordt wel om een focus te kiezen (Spinhoven e.a. 2018) en bij een ernstige depressie wordt wel geadviseerd om deze eerst te behandelen en daarna de angststoornis (Zorgstandaard Angstklachten en Angststoornissen 2017).

Het is belangrijk om meer zicht te krijgen op het effect van de comorbide diagnose depressie en de rol van depressieve symptomen in de behandeling van een angststoornis, waarbij de centrale vraag is of de groep patiënten met zowel een angst- als depressieve stoornis inderdaad een slechtere prognose heeft en wat precies de invloed is van de comorbide depressieve stoornis bij de behandeling van de angststoornis(sen). Met deze kennis kunnen we de keuze voor fasering van behandeling van comorbide angst- en depressieve stoornissen beter onderbouwen. Voor dit artikel zijn de vraagstellingen:

1. Wat is de prevalentie van comorbiditeit met depressie bij patiënten met angststoornissen die verwezen worden naar een specialistisch zorgprogramma in de SGGZ?
2. Zijn er verschillen in behandelresultaten tussen patiënten met één (of meerdere) angststoornis(en) en patiënten met één (of meerdere) angststoornis(en) en een comorbide depressieve stoornis?
3. Heeft de afname van de depressieve klachten invloed op de snelheid en mate van herstel van de angstklachten als een protocollaire angstbehandeling wordt gegeven?

METHODE

Deelnemers

We verrichtten retrospectief onderzoek op basis van de beschikbare ROM-gegevens binnen het specialistische zorgprogramma angststoornissen van ggz-instelling Pro

AUTEURS

WIM BRAAM, psychiater en programmaleider zorgprogramma Angst-, dwang- en posttraumatische stressstoornissen, Pro Persona, Arnhem.

JAN SPIJKER, psychiater en hoofd zorgprogramma Depressieve stoornissen, Pro Persona, en bijzonder hoogleraar Chronische depressie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

GERT-JAN HENDRIKS, psychiater en hoofd zorgprogramma Angst-, dwang- en posttraumatische stressstoornissen, Pro Persona, bijzonder hoogleraar Behandeling angststoornissen en depressie bij ouderen, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

JANNA N. VRIJSEN, universitair docent en senior onderzoeker, afd. Psychiatrie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen, en Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Wim Braam, Pro Persona, locatie Arnhem, Postbus 545, 6800 AM Arnhem.

E-mail: w.braam@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-10-2019.

Persona op de locatie Arnhem van 2012-2017. Daarbij werden andere essentiële gegevens uit het dossier van de betreffende patiënten meegenomen, zoals de gestelde diagnose(s) en behandelinstek (psychologisch en/of farmacotherapeutisch).

Van 143 patiënten was zowel een meting beschikbaar voor de start van de behandeling als na afsluiting ervan. Dit betrof slechts een (beperkt) deel van het totaal aantal behandelde patiënten in de periode 2012-2017 (het percentage van de patiënten per jaar dat de ROM invulde, liep geleidelijk op van 10-20% in 2013 tot 60% in 2017). Alleen patiënten bij wie zowel een beginmeting als een valide eindmeting in de ROM beschikbaar was, konden worden geïncludeerd. Dit moest worden gedaan om zo het behandelresultaat van de protocollaire angstbehandeling voldoende objectief af te kunnen bakenen.

Dit resulteerde in een dataset met ROM-data van 127 patiënten voor de analyses. Patiënten ontvingen behandelingen zoals die volgens de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2003) worden voorgeschreven: cognitieve gedragstherapie (CGT), in het geval van PTSS de keuze tussen imaginaire exposure of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), wekelijkse sessies van 60-90 minuten,

op indicatie aangevuld met gerichte farmacotherapie. Na elke 12 weken en bij afronding van behandeling vond gestandaardiseerde ROM-evaluatie plaats. Diagnostiek werd overgenomen uit de DSM-IV-classificatie gesteld in het behandelplan en was altijd verricht door gekwalificeerde gz-psychologen.

Bij patiënten bij wie zowel een (of meerdere) angststoornis(sen) aanwezig was/waren en tevens een depressieve stoornis was de hulpvraag van de patiënt bepalend welke behandelingsinstek gekozen werd (een behandeling primair gericht op de angststoornis of op de depressieve stoornis). De 'hoofddiagnose' (diagnose waarop de behandeling gericht werd) bij comorbiditeit van zowel een angst- als een depressieve stoornis werd dus bepaald door de hulpvraag van de patiënt. Geïnccludeerd in het onderzoek werden alleen de patiënten bij wie een protocollaire psychologische angstbehandeling (met mogelijk farmacotherapeutische cobehandeling) werd gegeven.

De gegevens over diagnose en behandeling worden in **TABEL 1** beschreven.

Instrumenten

De volgende digitale zelfrapportagevragenlijsten werden gebruikt in de ROM:

Beck Depression Inventory 2de editie (BDI-II-NL; Beck e.a. 1996). De BDI-II is een 21-itemvragenlijst (zelfrapportage) die depressieve symptomen meet volgens de DSM-IV-criteria. De BDI-II is een betrouwbaar en valide instrument (Beck e.a. 1996; Osman e.a. 1997).

Inventary of Depressive Symptomatology Self Report (IDS; Rush e.a. 1996). De IDS meet de ernst van de depressie (30 items; zelfrapportage) en wordt gebruikt om het beloop van de depressie en dus de vooruitgang in de behandeling te meten. De IDS is een betrouwbaar en valide instrument.

TABEL 1 Gegevens over diagnose en behandeling van de steekproef (n = 127)

Variabele	N (%)
Combinatie psychologische en farmacologische behandeling	70 (55%)
Diagnose unipolaire depressie >1 angstdiagnoses	59 (47%) 45 (35%)
Specifieke angstdiagnoses (DSM-IV):	
PTSS	78 (61%)
Paniekstoornis	32 (26%)
Gegeneraliseerde angststoornis	18 (14%)
Obsessieve-compulsieve stoornis	22 (17%)

Vóór de invoering van de IDS werd de BDI-II gebruikt om ernst van de depressieve klachten in kaart te brengen. Tijdens de behandeling werd iedere vier weken de IDS of BDI-II aan de patiënten gestuurd om in te vullen (digitaal). Van 16 personen was de BDI-II-score voor en na de behandeling beschikbaar. Om deze personen mee te kunnen nemen, werd er op de variabelen IDS en BDI-II voor en na de behandeling een z-transformatie uitgevoerd, waardoor het gemiddelde van de data gelijk aan 0 en de standaardafwijking gelijk aan 1 werd. Dit resulteerde in één variabele voor depressieve symptomen voor en één variabele voor depressieve symptomen na de behandeling.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck e.a. 1988). De BAI meet algemene angstsymptomen. Er worden 21 angstsymptomen (zoals trillen, zweten) getoond waarvan de patiënt aangeeft in hoeverre hij/zij hier de afgelopen week last van heeft gehad (zelfrapportage). De BAI is een betrouwbaar en valide instrument (Beck e.a. 1988).

Outcome Questionnaire (OQ-45). Voor het beoordelen van de ernst van de klachten en het interpersoonlijk en maatschappelijk functioneren van patiënten werden de uitkomsten van een gevalideerde zelfrapportagevragenlijst, de Nederlandse *Outcome Questionnaire-45.2* (OQ-45), gebruikt (Lambert e.a. 1996). De OQ-45 bestaat uit 45 items die gescoord worden op een vijfpuntsschaal, lopend van '0 = nooit' tot '4 = bijna altijd' (zelfrapportage). Onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de OQ-45 wijst uit dat de betrouwbaarheid en de validiteit voldoende tot goed zijn (De Beurs e.a. 2005; De Jong 2007).

Statistische analyses

Een t-test werd gebruikt om de twee subgroepen, i.c. patiënten zonder en met een comorbide depressieve stoornis, te vergelijken op leeftijd. Met een χ^2 -test werden deze twee subgroepen vergeleken op verdeling van geslacht. Leeftijd en geslacht werden in de analyses als covariaten meegenomen. Met een repeated-measures-ANCOVA werden de groepen (zonder comorbide depressie, met comorbide depressie) vergeleken op verandering (voor behandeling, na behandeling) in angstsymptomen. Daarnaast werd middels ANCOVA getoetst of de groepen differentieel veranderen wat betreft depressieve symptomen en algemeen functioneren gemeten met de OQ-45. Of medicatiegebruik het effect van depressie op symptoomreductie modereert, werd getoetst door 'medicatie' (ja, nee) als factor in te voegen in de ANCOVA. Met een lineair regressiemodel werd tevens onderzocht of verandering in depressieve symptomen (van start tot einde behandeling) de ernst van de angstsymptomen aan het einde van de angstbehandeling voorspelt. Hierbij werd gecorrigeerd voor de ernst van de angstklachten voorafgaande aan de behandeling.

RESULTATEN

Patiënten zonder en met depressiediagnose verschilden niet in leeftijd en geslacht (respectievelijk $t(125) = 0,95$; $p = 0,344$ en $\chi^2(1) = 1,22$; $p = 0,726$). Ook verschilden patiënten zonder en met depressiediagnose voor de start van de behandeling niet in ernst van de angstsymptomen ($t(120) = 1,17$; $p = 0,245$). Echter, de groepen verschilden wel in algemeen functioneren gemeten met de OQ-45 ($t(124) = 2,87$; $p = 0,005$), en in depressieve symptomen ($t(124) = 2,44$; $p = 0,016$; zie **TABEL 2** voor de gemiddelden).

Comorbide depressie

Bij 12 personen ontbrak zowel de voor- als de nameting op de OQ-45 en bij 7 personen ontbraken de voor- en nameting met de BAI. Deze patiënten werden daarom niet meegenomen in de analyses. De interactie (ANCOVA) tussen comorbide depressie (niet, wel aanwezig) en tijd (voor, na behandeling) op ernst van de angstsymptomen aan het einde van de behandeling (BAI-score) was niet significant ($F(1,122) = 1,44$; $p = 0,233$; partiële $\eta^2 = 0,01$). Ook het interactie-effect tussen comorbide depressie en tijd op algemeen functioneren gemeten met de OQ-45 was niet significant ($F(1,109) = 0,14$; $p = 0,707$, partiële $\eta^2 < 0,01$). Er waren meer patiënten met een depressieve stoornis met dan zonder medicatie ($n = 39$ vs. $n = 20$) en meer patiënten zonder depressie die geen medicatie gebruikten dan wel ($n = 37$ vs. $n = 31$) ($\chi^2(1) = 5,37$; $p = 0,020$). Daarom voegden wij ‘medicatie’ (ja, nee) als additionele factor in de ANCOVA’s,

zowel met BAI als met OQ-45 als uitkomstvariabele. Geen van de interacties werd gekwalificeerd door medicatie, met alle p-waarden $> 0,02$.

Er bleek dus geen verschil in het behandel-effect op zowel angstsymptomen als op algemeen functioneren tussen patiënten met angststoornis(sen) zonder of met comorbide depressie. Het effect van een angstbehandeling op angstsymptomen en algemeen functioneren lijkt dus niet te verschillen tussen patiënten zonder of met een comorbide depressie.

Verandering depressieve symptomen en behandeluitkomst

Informatie over de ernst van de depressie (volgens de IDS, of BDI-II als IDS miste) voor en na de behandeling ontbrak voor 9 personen. Deze gegevens van deze 9 werden daarom ook niet meegenomen bij de verdere analyse. Om de verandering in depressieve symptomen als onafhankelijke variabele mee te nemen, berekenden we een verschillscore waarbij de totaalscore op de IDS (of BDI-II als de IDS ontbrak) voor behandeling afgetrokken werd van de totaalscore na de behandeling.

Gecontroleerd voor niveau van angstsymptomen (BAI) voor de behandeling, voorspelde verandering in depressieve symptomen significant het niveau van angstsymptomen na de angstbehandeling ($b = 3,65$; $t(103) = 2,80$, $p = 0,006$). Ook voorspelde verandering in depressieve symptomen significant het niveau van algemeen functioneren

TABEL 2 Descriptieve gegevens van de steekproef, zonder en met comorbide depressiediagnose*

Kenmerk	Voor behandeling		Na behandeling	
	Geen comorbide depressie (n = 68)	Wel comorbide depressie (n = 59)	Geen comorbide depressie	Wel comorbide depressie
Leeftijd in j (SD); uitersten	38,4 (10,7); 23-62	40,1 (10,0); 23-59	-	-
Aantal vrouwen** (% van totaal)	47 (70%)	39 (67%)	-	-
Gem. BAI-score (SD)	25,1 (12,7)	28,2 (12,7)	17,5 (12,5)	23,5 (14,7)
Gem. IDS-score*** (SD)	34,3 (12,6)	40,4 (14,3)	24,7 (13,8)	33,6 (16,3)
Gem. OQ-score (SD)	80,5 (25,3)	96,9 (28,4)	63,5 (29,9)	81,5 (29,2)

*De klinische gegevens betroffen het afnamemoment voor en na de behandeling, voor deelnemers bij wie gegevens van beide meetmomenten aanwezig waren.

**De gegevens over het geslacht misten van twee patiënten.

***Van 17 personen was geen IDS-score voor de behandeling beschikbaar en van 24 personen geen IDS-score na de behandeling. Cijfers betreffen de gemiddelden (SD's) over de beschikbare gegevens. Voor de analyses werden de missende IDS-scores vervangen door beschikbare BDI-II-gegevens, die alle omgezet werden naar z-scores.

BAI: Beck Depression Inventory; IDS: Inventory of Depressive Symptomatology; OQ: Outcome Questionnaire; SD: standaarddeviatie

(00-45) na de angstbehandeling ($b = 11,30$; $t(104) = 4,27$; $p < 0,001$). Verandering in depressieve symptomen droeg dus significant bij aan zowel niveau van angstsymptomen ($R^2 = 0,61$; $F(4, 103) = 14,90$; $p < 0,001$), en ook niveau van algemeen functioneren na de behandeling ($R^2 = 0,68$; $F(4, 104) = 22,58$; $p < 0,001$).

Dit betekent dat een grotere afname in depressieve symptomen samenhangt met een lager niveau van angstsymptomen en een hoger niveau van functioneren na de behandeling. Niet de aanwezigheid van de comorbide depressieve stoornis, maar de afname van depressieve symptomen tijdens de (protocollaire) angstbehandeling leek dus voorspellend voor de behandeluitkomst van de angstbehandeling.

DISCUSSIE

Prevalentie

Met deze studie hebben we ten eerste meer zicht willen krijgen op de prevalentie van angst- en depressieve stoornissen binnen het zorgprogramma angststoornissen van een reguliere SGGZ-instelling. Bij bijna de helft (46,5%) van de geïncludeerde patiënten met één (of meerdere) angststoornis(sen) die voor hun angstklachten behandeld werden, was tevens sprake van een comorbide depressieve stoornis. Dit komt overeen met de literatuur (o.a. Schaffer e.a. 2012).

Afname depressieve symptomen en behandeluitkomst angst

Uit dit onderzoek komt verder naar voren dat de mate van afname van depressieve symptomen binnen de behandelduur een voorspeller lijkt te zijn van het resultaat op de angstbehandeling op het eind van het behandeltraject en niet het wel/niet aanwezig zijn van een comorbide depressieve stoornis. Omdat in deze studie geen tussentijdse metingen gedaan zijn, kunnen we formeel dus niet stellen dat daling in ernst van depressie direct voorafgaat aan daling in angstsymptomen. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig. Deze resultaten geven een indicatie van de voorspellende waarde van de afname van de depressie op het beloop van angst in de behandeling, maar het causale verband hebben wij niet onderzocht.

Angstsymptomen namen evenveel af bij patiënten zonder en met een comorbide depressieve stoornis. Eenzelfde patroon van resultaten werd gevonden als niet angstreductie, maar niveau van algemeen functioneren (gemeten middels de 00) als uitkomstmaat werd genomen. Wel moeten we noemen dat bij de patiënten in dit onderzoek met een (ernstige) comorbide depressie naast de angststoornis(sen) meestal ook een medicamenteuze

richtlijnbehandeling werd ingezet naast de protocollaire psychologische behandeling, waardoor zowel de depressie als de angststoornis(sen) tevens medicamenteus werden behandeld. Medicatie bleek echter bij verdere statistische analyse geen significante invloed te hebben gehad op de bevindingen in deze studie.

In de klinische praktijk gebruikt men de ernst van de depressieve stoornis (gemeten met de IDS) om in te schatten of men eerst een behandeling gericht op de depressie zal starten en daarna de angstbehandeling zal inzetten (multidisciplinaire richtlijn angststoornissen). De resultaten van de huidige studie geven echter aan dat een comorbide depressie (wel of niet aanwezig) niet samenhangt met het succes van de angstbehandeling bij patiënten met een angststoornis.

De mate van afname van depressieve symptomen kan mogelijk beschouwd worden als een 'marker' voor het te verwachten succes van de angstbehandeling. Dit pleit ervoor om bij patiënten met zowel één (of meer) angststoornis(sen) als een comorbide ernstige depressie ook frequent (bijvoorbeeld elke vier weken) de ernst van depressie te meten tijdens de behandeling van de angststoornis.

Wanneer de depressieve klachten tijdens de primair op de angststoornis gerichte behandeling niet of nauwelijks verminderen (ook volgens de IDS), is het verstandig om nader onderzoek te verrichten naar de oorzaak hiervan, omdat dit een slechtere uitkomst kan voorspellen van de ingezette behandeling gericht op de angststoornis. Blijkt de depressiviteit toch meer primair te zijn, dan kan deze het gewijzigde focus worden van de behandeling. Zijn er eerder niet bekende externe stressoren van depressogene aard (bijv. sociaal-maatschappelijke stress), dan is het wellicht verstandig daar acties op uit te zetten.

Beperkingen

Een beperking van het onderzoek is dat wij slechts een deel van de totale populatie patiënten met een angststoornis hebben kunnen includeren. Het aantal patiënten dat daadwerkelijk de ROM invulde, is in de afgelopen jaren geleidelijk opgelopen van enkele (tientallen) procenten tot ongeveer 60% in 2017. Binnen die ROM-gegevens moesten we vervolgens patiënten met een valide begin- en eindmeting selecteren voor inclusie in het huidige onderzoek. Daardoor is onze steekproef niet optimaal representatief voor de gehele populatie van patiënten met een angststoornis en is wellicht een selectiebias opgetreden. Door een steekproef van voldoende omvang te includeren hebben wij de resultaten zo valide mogelijk willen maken. Diagnostiek werd weliswaar gedaan door gekwalificeerde GZ-psychologen, maar slechts bij een beperkt deel van de

geïnccludeerde patiënten werd dit aangevuld met het *Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview 5.0.0* (MINI; Sheehan 1998).

Een andere beperking ten slotte is dat er geen aanvullende data beschikbaar waren zoals behandelduur, tijd tussen ROM en start behandeling.

CONCLUSIE

Bij bijna de helft (46,5%) van de patiënten die primair voor (een) angststoornis(sen) werden behandeld, was er een comorbide depressieve stoornis. De afname in ernst van de depressieve symptomen lijkt voorspellend voor het succes van de protocollaire angstbehandeling: geen afname in

ernst lijkt een slechtere uitkomst te voorspellen (gemeten met de BAI en OQ).

Samengevat betekent dit dat we bij patiënten met zowel een angststoornis als een comorbide depressieve stoornis tijdens een protocollaire angstbehandeling regelmatig niet alleen de (vermindering van de) angstklachten moeten meten, maar ook de verandering van de depressieve klachten. Zo kunnen we tijdig behandelingen bijstellen en optimaliseren. Aanvullend onderzoek naar een eventuele causale relatie tussen het tempo waarmee comorbide depressieve klachten afnemen en het effect van de behandeling van angststoornissen is nodig.

LITERATUUR

- Graaf R de, Bijl RV, Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 1-11.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, e.a. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German health interview and examination survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597-611.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, e.a. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Kwaliteitsontwikkeling in de GGZ. Zorgstandaard angstklachten en angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
- Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, e.a. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 341-8.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (3e revisie 2013, versie 1.0). Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, e.a. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011; 133: 76-85.
- Rush AJ, Gullion CM, Baco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996; 26: 477-86.
- Rush AJ, Gullion CM, Baco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996; 26: 477-86.
- Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, Hollon SD, Warden D, e.a. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Disord* 2005; 78: 6-22.
- Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, e.a. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) taskforce recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 6-22.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-33.
- Spinhoven P, Bockting C, Ruhe E, Spijker J. Comorbiditeit van psychische stoornissen; 2018.

SUMMARY

Decrease of depression and outcome in treatment of anxiety disorders - an observational study of ROM data

W.H. BRAAM, J.SPIJKER, GJ. HENDRIKS, J.N. VRIJSEN

- BACKGROUND** Most mental health hospitals in the Netherlands use disorder specific standards of care. In case of comorbidity, we lack evidence in choosing the treatment of preference when both depressive- and anxiety disorder(s) are present in the same patient.
- AIM** To investigate the prevalence of depression and anxiety (including obsessive compulsive disorder and post-traumatic stress disorder) in an outpatient mental health hospital population treated for their anxiety disorder, and to investigate the difference in outcome of (anxiety) treatment between patients with and without a comorbid depressive disorder.
- METHOD** A retrospective study using outcome data from 2012 to 2017. In this period, we identified 127 patients for whom outcome data and diagnostic criteria were available. Comorbidity in this group was determined by a clinical interview. During treatment symptoms were monitored using self-reporting scales, among others the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) and the Beck Anxiety Inventory (BAI).
- RESULTS** In 46,5% of the patients a comorbid depressive disorder was diagnosed. No significant difference in treatment outcome was observed between the group of patients with and the group of patients without a comorbid depressive disorder. However, the amount of reduction of depressive symptoms measured by the IDS was a good predictor of the reduction of anxiety: a faster reduction of depressive symptoms predicts a better outcome of the treatment of anxiety.
- CONCLUSION** Comorbid depressive disorders were observed in almost half of the patients treated in specialized (outpatient) clinics for anxiety disorders. A slower reduction of depressive symptoms predicts worse outcome of the treatment of anxiety.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)3, 187-193

KEY WORDS anxiety, comorbidity, depression, prediction, retrospective dossier research, ROM, treatment outcome