

Voorkomen en lange-termijnbeloop van psychische stoornissen in de huisartspraktijk

door E.I. Brilman, W. van den Brink, R. Giel en J. Ormel

Samenvatting

In dit artikel onderzoeken we het vóórkomen en lange-termijnbeloop van psychische stoornissen in de eerstelijns. Een random steekproef van 215 bezoekers van 25 huisartspraktijken werd drie keer geïnterviewd: kort na het index-consult, één jaar later en 3+ jaar later.

Tijdens het eerste interview voldeed 31% van de huisartsbezoekers aan de Bedford College-criteria voor een psychische stoornis. Meer dan de helft (55%) van deze gevallen bleek een chronisch of chronisch-intermitterend beloop te hebben. De gemiddelde duur sinds het index-consult bedroeg ruim 24 maanden. Het beloop van depressieve stoornissen was gunstiger dan dat van angststoornissen en stoornissen gekenmerkt door de combinatie van angst en depressie.

Op basis van deze bevindingen en een kritische evaluatie van gegevens uit de literatuur concluderen de auteurs dat psychische stoornissen in de eerstelijns vaker voorkomen en een ongunstiger beloop hebben dan wel wordt verondersteld. Er wordt gepleit voor de ontwikkeling en evaluatie van interventieprogramma's gericht op vroegtijdige herkenning, specifieke diagnostiek en stoornis-specifieke behandeling.

Inleiding

Er wordt al meer dan 20 jaar onderzoek gedaan naar het vóórkomen en beloop van psychische stoornissen in de eerstelijns. Door de methodologische verschillen tussen de studies kunnen er desondanks nog maar weinig harde conclusies getrokken worden (Angst 1990). De vroege studies worden gekenmerkt door niet-representatieve steekproeven, het huisartsoordeel als enige gevalsdefinitie en het ontbreken van gestandaardiseerde procedures en expliciete diagnostische criteria. Bij de meer recente studies wordt meestal gebruik gemaakt van grote steekproeven afkomstig uit meer dan één huisartspraktijk, een tweestapsprocedure (screening met een vragenlijst, gevolgd door een gestandaardiseerd psychiatrisch interview) voor de opsporing van patiënten met een psychische stoornis, en classificatiesystemen met expliciete in-

en uitsluitingscriteria (o.a. DSM-III, RDC, PSE-Catego). Ondanks de verbeterde methodologie zijn ook de resultaten van recente studies slecht vergelijkbaar. Nog steeds is vaak niet geheel duidelijk hoe representatief de steekproeven zijn, zowel wat betreft de huisartspraktijken als de patiënten (korte, niet-representatieve sampling-periodes, veel weigeringen, alleen 'herkende' gevallen; Angst 1990; Blacker en Clare 1987). Daarnaast blijken de studies te verschillen in de gebruikte gevals-definities en diagnostische classificatiesystemen (Van den Brink e.a. 1989, 1991; Cooper 1990; Dean e.a. 1983; Grayson e.a. 1987). Bovendien sluiten de gebruikte classificatiesystemen, die grotendeels ontwikkeld zijn in een klinisch-psychiatrische praktijk, niet goed aan bij de in de huisartspraktijk aangetroffen stoornissen (Barrett e.a. 1988; Blacker en Clare 1987). Ten slotte blijken er vaak grote verschillen te bestaan in de definitie en de meting van het beloop en in duur van de follow-up-periode.

De meeste studies naar het beloop van psychische stoornissen in de eerstelijns zijn opgezet als 'panelstudies', dat wil zeggen een basismeting gevolgd door één of meerdere vervolgmetingen bij dezelfde patiënten, waarbij slechts een korte periode voorafgaande aan de metingen wordt bestreken. Bij dergelijke studies wordt alleen gekeken naar de uitkomst van de stoornissen op de follow-up-meting(en). Zelden wordt een 'werkelijk longitudinale' benadering gevolgd, waarbij de opzet weliswaar gelijk is aan die van een panelstudie, maar waarbij op de vervolgmeting(en) op gestructureerde wijze wordt gekeken naar het beloop van de stoornissen over de gehele follow-up-periode. Bovendien zijn de follow-up-perioden meestal kort (maximaal 6-12 maanden) en het is daarom niet verwonderlijk dat de ondergrens voor 'chroniciteit' gewoonlijk op 12 maanden wordt gesteld (Regier e.a. 1985). Ten slotte wordt er bij de bestudering van het beloop slechts zelden aandacht besteed aan verschillen in het beloop tussen diagnostische categorieën. Een uitzondering moet hierbij wellicht gemaakt worden voor de bestudering van het beloop van depressies.

Het Groningse EersteLijns Project (GELP) is, voor zover ons bekend, het eerste onderzoek met een follow-up-periode van meer dan een jaar en een gestandaardiseerde meting van het beloop van specifieke stoornissen, waarin een panel-opzet gecombineerd wordt met een 'werkelijk' longitudinale benadering van het beloop. Bovendien biedt het gebruikte diagnostische classificatiesysteem (Bedford College) de mogelijkheid voor het vastleggen en vervolgen van milde vormen van angst en depressie, angst-depressie comorbiditeit en specifieke neurotische syndromen (spanningsklachten zonder angst of depressie).

In dit artikel onderzoeken we de puntprevalentie en het lange-termijnbeloop van psychische stoornissen in de eerstelijns. Bij het onderzoek naar het lange-termijnbeloop zal bijzondere aandacht besteed worden aan de relatie tussen diagnose en beloop en aan de verhouding

tussen panel en longitudinale beloopgegevens. In de discussie worden onze resultaten vergeleken met het weinige dat er bekend is uit de literatuur en worden er aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

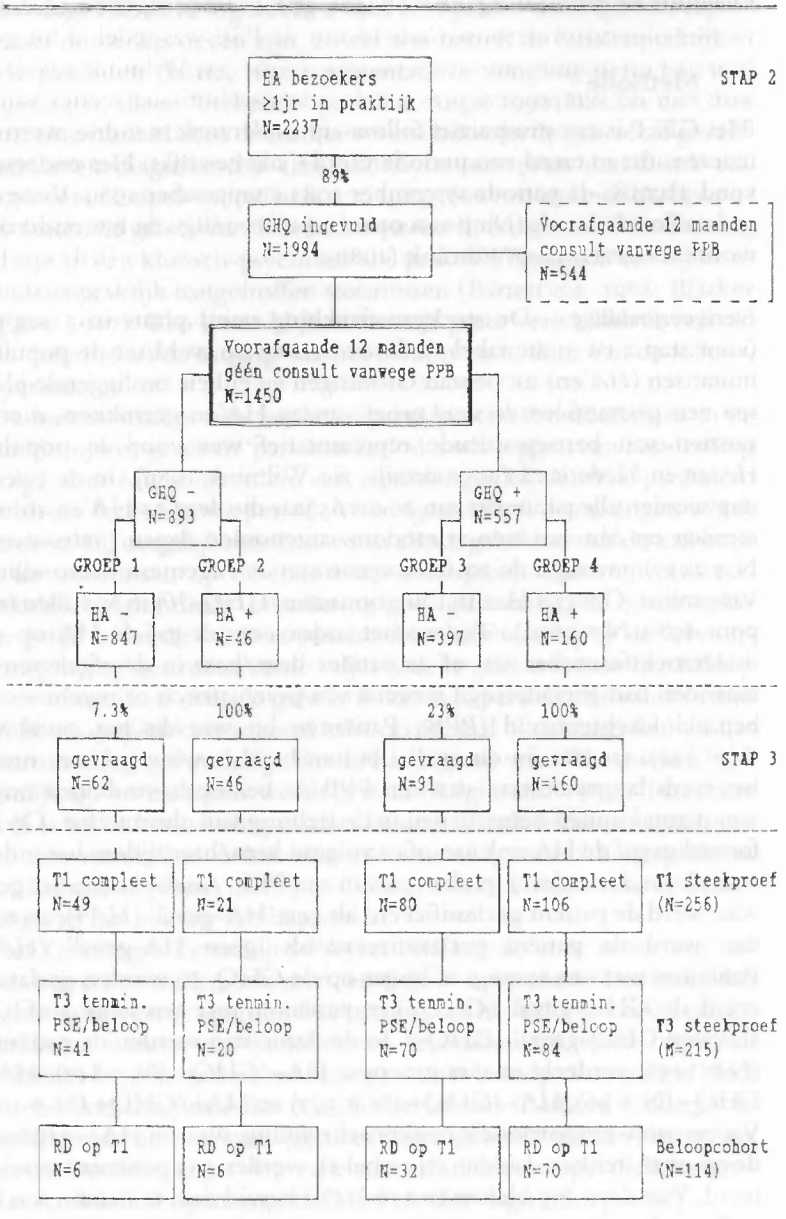
Methodes

Het GELP is een prospectief follow-up-onderzoek met drie meetmomenten, dat in totaal een periode van 3+ jaar bestrijkt. Het onderzoek vond plaats in de periode september 1985 – september 1989. Voor een gedetailleerde beschrijving van opzet en uitvoering van het onderzoek wordt verwezen naar Wilmink (1989).

Steekproeftrekking – De steekproeftrekking vond plaats in 3 stappen (voor stap 2 en 3: zie tabel 1). In de eerste stap werd uit de populatie huisartsen (HA'en) uit de stad Groningen en enkele omliggende plaatsen een gestratificeerde steekproef van 25 HA'en getrokken, die ten aanzien van beroepsattitude representatief was voor de populatie HA'en in Nederland (voor details, zie Wilmink 1989). In de tweede stap werden alle patiënten van 16 tot 65 jaar die deze 25 HA'en consulteerden op één van tien at random vastgestelde dagen (*index-consult*; N = 2237) gevraagd de 30-item versie van de Algemene Gezondheids Vragenlijst (General Health Questionnaire, GHQ-30) in te vullen (respons 89%; N = 1994). Tijdens het index-consult gaf de HA op een onderzoeksformulier aan of de patiënt hem/haar in de afgelopen 12 maanden had geraadpleegd wegens een psychiatrisch of psychosociaal bepaald klachtenbeeld (PPB). Patiënten bij wie dit het geval was (N = 544), worden in dit artikel buiten beschouwing gelaten, omdat het reeds langer bestaan van een PPB de beloopbevindingen ongewenst zou kunnen beïnvloeden in de richting van chroniciteit. Op het formulier gaf de HA ook aan of er volgens hem/haar tijdens het index-consult (onder andere) sprake was van een PPB. Als dat laatste het geval was, werd de patiënt geclassificeerd als een 'HA-geval' (HA+); zo niet, dan werd de patiënt geclassificeerd als 'geen HA-geval' (HA-). Patiënten met een score 5 of hoger op de GHQ-30 werden geclassificeerd als 'GHQ-geval' (GHQ+) en patiënten met een score 4 of lager als 'geen GHQ-geval' (GHQ-). In de derde stap werden de patiënten (N = 1450) verdeeld in vier groepen: HA-/GHQ- (N = 847), HA+/GHQ- (N = 46), HA-/GHQ+ (N = 397) en HA+/GHQ+ (N = 160). Via een non-proportionele steekproeftrekking, waarbij HA+-patiënten de grootste trekkans hadden (zie tabel 1), werden 359 patiënten geselecteerd. Van deze 359 bleken er 256 (71%) bereid deel te nemen aan het onderzoek.

Metingen – De metingen vonden plaats binnen één tot twee weken na het index-consult (T1), ongeveer 1 jaar later (T2) en ongeveer 3+ jaar

Tabel 1: Stroomdiagram procedure steekproeftrekking en aantal geïnterviewden op T1 en T3



HA = huisarts; GHQ = General Health Questionnaire;
 PPB = Psychiatrisch of Psychosociaal Bepaald klachtenbeeld;
 PSE = Present State Examination; RD = Research Diagnose

na T1 (T3). Van de 256 op T1 voltooiden 215 (84%) ook T2 én T3.

Psychopathologie – Op alle drie meetmomenten werd de Present State Examination (PSE; Wing e.a. 1974; Slooff e.a. 1983) afgenomen. Interviewer-observatorbetrouwbaarheid van de PSE was redelijk tot goed (Kappa's op itemniveau variërend van .50 tot .81; Wilmink 1989). Op basis van de symptoomscores uit de niet-psychotische secties van de PSE en het diagnostisch algoritme van Finlay-Jones e.a. (1980) werd aan iedere patiënt een zogenaamde Bedford College (BC-)diagnose toegekend. Het BC-classificatiesysteem omvat de volgende diagnostische categorieën: Depressie (D), Borderline Depressie (BD), Angst (A) en Borderline Angst (BA). Wanneer gelijktijdig sprake was van (B)D en (B)A werd de diagnose Angst-Depressie Comorbiditeit (COM) gegeven. Er werd een zesde categorie toegevoegd voor klachtpatronen die niet voldoen aan de BC-criteria, maar desalniettemin voor HA-patiënten (klinisch) relevant geacht kunnen worden: 'Ill-defined Psychological Disorders' (IPD). In het vervolg zullen de zes door ons gehanteerde diagnostische categorieën worden aangeduid met Research Diagnose (RD; zie appendix voor exacte criteria).

Beloop – Op alle momenten werd, in aansluiting op de PSE, een semi-gestructureerd beloopinterview afgenomen, waarin retrospectief begin en eind van alle klachtepisoden tussen de meetmomenten werden vastgesteld. Op T1 werd daarbij gevraagd naar begin en eind van klachtepisoden in de 12 maanden voorafgaande aan het index-consult (To-T1). Een klachtepisode werd gedefinieerd als: een periode van ten minste één maand met klachten op het niveau van een RD, afgegrensd door een periode van ten minste twee maanden zonder klachten op het niveau van een RD (en/of begin of eind van de onderzoeksperiode!), ongeacht eventuele veranderingen in de aard of ernst van de RD tijdens een dergelijke episode. Op basis van deze informatie werd het To-T3-beloop zo nauwkeurig mogelijk in kaart gebracht.

Classificatie beloopspatronen – Bij de beschrijving van het lange-termijnbeloop wordt gebruik gemaakt van een classificatie die aansluit bij bestaande classificatiesystemen voor het korte-termijnbeloop (o.a. Mann e.a. 1981; Kessler e.a. 1985). Bij deze classificatie wordt geen onderscheid gemaakt in aard of ernst van de klachten, omdat alleen op die manier kan worden onderzocht of bepaalde klachten een bepaald beloop hebben. Op basis van het aantal en de duur van de klachtepisoden worden drie hoofdcategorieën en zes beloopspatronen onderscheiden:

Gunstig:

1. Kort: 1 episode, duur vanaf T1: ≤ 6 maanden
2. Aanhoudend: 1 episode, duur vanaf T1: 6-12 maanden

Twijfelachtig:

3. Lang intermitterend: ≥ 2 episoden én episode-duren opgeteld $\leq 50\%$ van de follow-up-duur T1-T3

4. Lang continu: 1 episode, duur vanaf T1: > 12 maanden, met herstel én daarna $\geq$ 12 maanden zonder RD
- Ongunstig: 5. Chronisch intermitterend: $\geq$ 2 episoden én episodeduren opgeteld > 50% van de follow-up-duur T1-T3
6. Chronisch continu: 1 episode, duur vanaf T1: > 12 maanden, zonder herstel óf na herstel periode zonder RD < 12 maanden

Analyses – De analyses betreffende het beloop zijn uitgevoerd voor alle patiënten met een RD op T1 én volledige To-T3-belooopsgegevens (N = 114; zie tabel 1 onderaan). Om vertekening door de non-proportionale steekproefrekking te voorkómen worden de resultaten gepresenteerd als gewogen schattingen. Gegevens betreffende representativiteit en demografische kenmerken van de T1-steekproef zijn elders gepresenteerd (Wilmink e.a. 1989).

Resultaten

Prevalentie en representativiteit beloopcohort – Uit tabel 2 blijkt dat tussen T1 en T3 in totaal 41 patiënten voor het onderzoek verloren gingen. De schatting van de T1-prevalenties gebaseerd op de T3-steekproef (N = 215) zijn echter nagenoeg gelijk aan die gebaseerd op de T1-steekproef (N = 256). De patiënten uit het beloopcohort (N = 114) lijken derhalve representatief voor alle patiënten met een RD op T1 (N = 139).

De prevalentie van psychische stoornissen op het niveau van een RD bedraagt op T1 31%. Bijna de helft van de gevallen (15%) heeft een borderline-angststoornis.

Beloofspatronen – Tabel 3 toont gewogen schattingen van de kenmerken en verdeling van de zes beloofspatronen over de populatie (N = 1450). De resultaten lijken de validiteit van de a priori-indeling van beloofspatronen te ondersteunen. De verschillen tussen de beloofspatronen in index-episodeduur en het percentage van de follow-up-periode met klachten op het niveau van een RD ('percept') zijn over het algemeen groot, terwijl de bijbehorende standaardmeetfouten klein zijn (alleen de 95% betrouwbaarheidsintervallen van patroon 2 en 3 vertonen enige verlap).

Vijfentwintig procent van de T1-gevallen heeft een gunstig, 20% een twijfelachtig en 55% een ongunstig beloop. Van alle patiënten met een RD op T1 heeft 75% gedurende de follow-up-periode van 3½ jaar slechts één episode (patronen 1, 2, 4 en 6) en 25% een recidiverend beloop met 2 of 3 episoden (patronen 3 en 5). Uit tabel 3 zou ten onrechte geconcludeerd kunnen worden dat de index-episoden steeds tussen To

Tabel 2: Puntprevalentie van psychische stoornissen in HA-bezoekers die hun HA in de voorafgaande 12 maanden niet geconsulteerd hebben vanwege een PPB (N = 1450; gewogen data, gecorrigeerd voor respectievelijk T1- en T3-steekproefproporties)

	aantal geïnterviewden		geschatte prevalentie T1 per 1000	
	T1	(T1 t/m) T3	T1 prop.	T3 prop.
RD op T1				
Depressie	16	13	21	22
Borderline Depressie	10	7	18	17
Angst	4	4	6	8
Borderline Angst	47	37	153	151
Comorbiditeit	38	31	52	52*
IPD	24	22	64	60
Totaal RD	139	114	314	312
Geén RD op T1	117	101	686	688
Totaal	256	215	1000	1000

PPB = Psychiatrisch of Psychosociaal Bepaald klachtenbeeld;

IPD = Ill-defined Psychological Disorder

* 28 met Depressie + (Borderline) Angst en

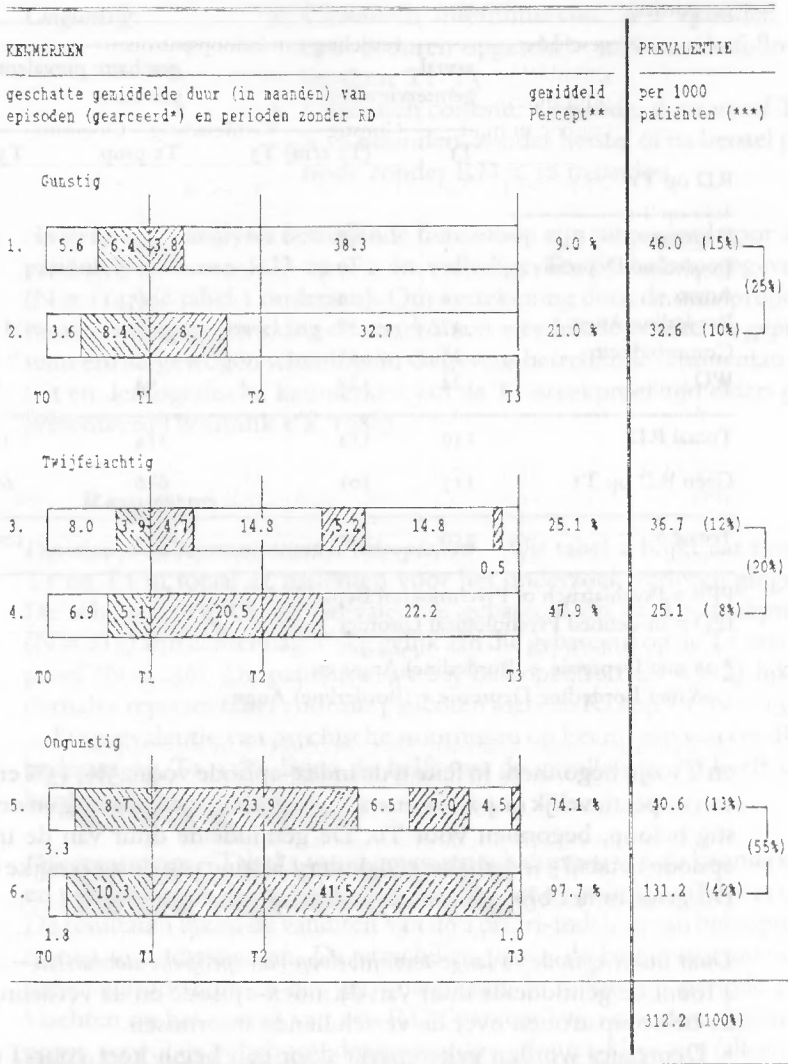
26 met Borderline Depressie + (Borderline) Angst

en T1 zijn begonnen. In feite is de index-episode voor 23%, 13% en 68% van respectievelijk de patiënten met een gunstig, twijfelachtig en ongunstig beloop, begonnen vóór T0. De gemiddelde duur van de index-episode in tabel 3 is derhalve een onderschatting van de werkelijke duur. Dit geldt in het bijzonder voor de beloopspatronen 5 en 6.

Duur index-episode en lange-termijnbeloop van specifieke stoornissen – Tabel 4 toont de gemiddelde duur van de index-episode en de verdeling van de beloopspatronen over de verschillende stoornissen.

Depressies worden gekenmerkt door een begin kort voor T1 (2.5 maanden), een relatief korte index-episode (17.6 maanden) en een relatief gunstig lange-termijnbeloop (47% beloopspatroon 1). Toch blijkt er in 41% sprake van een ongunstig lange-termijnbeloop. Angst en borderline-angst worden gekenmerkt door een zeer lange index-episode (respectievelijk 37.6 en 41.9 maanden) en een ongunstig lange-termijnbeloop (67% van de angststoornissen en 75% van de borderline-angststoornissen heeft beloopspatroon 5 of 6). Het lange-termijnbeloop van de overige diagnoses is overwegend twijfelachtig of ongunstig. Voor

Tabel 3: Grafische en getalsmatige weergave beloopspatronen en prevalentie per beloopspatroon (N = 1450; gewogen data, gecorrigeerd voor T3-steekproefproporties)



RD = Research Diagnosis

* = index-episode tot T1; = index-episode vanaf T1 / recidief

** Percept = percentage van de follow-up-periode gedurende welke gevallen voldeden aan de criteria voor een RD (totale episodeduur vanaf T1 gedeeld door 42 maanden)

*** (tussen haakjes) percentage van alle gevallen met een RD op T1 (geschatte prevalentie gedeeld door 312.2)

Tabel 4: Gemiddelde duur index-episode (tot T1, vanaf T1 en totaal) en verdeling van beloopspatronen over de diagnostische categorieën (N = 1450; gewogen data, gecorrigeerd voor T3-steekproefproporties)

RD op T1	geschatte gemiddelde duur index- episode in mnd.			verdeling van beloopspatronen						
	<T1	>T1	Tot.	Gunstig		Twijfelachtig		Ongunstig		Tot*
				1	2	3	4	5	6	
Depressie	2.5	15.1	17.6	47%	—	12%	—	23%	18%	100%
Borderline										
Depr.	7.1	18.3	25.4	31%	15%	8%	23%	—	23%	100%
Angst	31.8	41.9	2%	14%	2%	8%	15%	60%	101%	
Borderline										
Angst	10.1	31.8	41.9	2%	14%	2%	8%	15%	60%	101%
Comor-										
biditeit	5.9	21.9	27.8	2%	—	34%	5%	17%	41%	99%
IPD	7.7	11.6	19.3	42%	15%	18%	11%	6%	9%	101%
Totaal	8.1	24.2	32.3	15%	10%	12%	8%	13%	42%	100%
				25%		20%		55%		

IPD = Ill-defined Psychological Disorder

* t.g.v. afronding is het totaal per RD niet altijd gelijk aan 100%

de diagnose angst-depressie comorbiditeit kan nog opgemerkt worden dat er in ongeveer de helft van de gevallen (51%) sprake is van recidiverende episoden (patroon 3 of 5). Het is goed om op deze plaats te benadrukken dat de episodeduur aangeeft hoelang de patiënten gemiddeld klachten op het niveau van een RD hebben gehad. In veel gevallen traden tijdens een episode veranderingen op in de aard of de ernst van de klachten. Een gemiddelde index-episodeduur van 17.6 maanden voor depressie betekent dus niet zonder meer dat de betreffende patiënten gedurende de gehele episode (zo) depressief zijn geweest.

Longitudinale versus panelbenadering van beloop – Tabel 5 toont de overeenstemming tussen de ‘werkelijk’ longitudinale benadering (de zes beloopspatronen) en de panelbenadering van het beloop tussen T1 en T3. Bij de panelbenadering wordt alleen gebruik gemaakt van de gevalstatus op T1, T2 en T3. De a priori-classificatie van het beloop volgens de panelbenadering is:

Gunstig: alleen RD op T1
 Twijfelachtig: RD op twee van de drie meetmomenten
 Ongunstig: RD op alle drie meetmomenten

Tabel 5: Overeenstemming tussen panel en longitudinale meting van beloop (N = 1450; gewogen data, gecorrigeerd voor T₃-steekproefproporties)

		Panel beloopspatronen			
		Gunstig	Twijfelachtig		Ongunstig
		1	2	3	4
		+—	++	++	+++
Longitudinale beloopspatronen	Gunstig				
	1 ≤ 1/2 jaar	15%	—	—	—
	2 > 1/2 ≤ 1 jaar	10%	—	—	—
	Twijfelachtig				
	3 recidiverend; Percept* ≤ 50%	7%	3%	2%	—
	4 > 1 jaar (met herstel)	—	8%	—	—
	Ongunstig				
	5 recidiverend; Percept* > 50%	—	8%	—	5%
	6 >> 1 jaar	—	5%	—	37%
		32%	24%	2%	42%
					100%

+— = RD op T₁, geen RD op T₂ en T₃;

++ = RD op T₁ en T₃, geen RD op T₂; etc.

* Percept = percentage van de follow-up-periode (T₁-T₃) gedurende welke gevallen voldeden aan de criteria voor een RD

De overeenstemming tussen beide benaderingen is 80% (Kappa = .69). De verschillen zitten, zoals te verwachten, vooral in de classificatie van gevallen met de recidiverende longitudinale beloopspatronen 3 en 5. Vijfendertig procent (7:20) van de longitudinale 'twijfelachtige' gevallen krijgt bij de panelbenadering de kwalificatie 'gunstig' en 24% (13:55) van de longitudinale 'ongunstige' gevallen krijgt de panelkwalificatie 'twijfelachtig'. De panelbenadering geeft hierdoor een gunstiger overall-beeld dan de longitudinale benadering: 32% versus 25% met een 'gunstig' en 42% versus 55% met een 'ongunstig' lange-termijnbeloop.

Discussie

Prevalentie— Onze bevinding dat ongeveer een derde van de huisartsbezoekers een psychische stoornis heeft, is in overeenstemming met de recente literatuur (Barrett e.a. 1988; Goldberg e.a. 1987a, b; Kessler e.a. 1985; Schulberg e.a. 1985; Von Korff e.a. 1987). De uitsluiting van

patiënten die hun HA in de 12 maanden voorafgaande aan het indexconsult bezochten wegens een PPB, maakt dat de gerapporteerde prevalentie een onderschatting is van de prevalentie van psychische stoornissen in de totale populatie huisartsbezoekers (Van den Brink e.a. 1991; Ormel e.a. 1990). Bovendien heeft de uitsluiting van de zojuist genoemde patiënten niet geleid tot een selectie van patiënten met psychische stoornissen van recente oorsprong: de duur van de index-episode vóór het indexconsult bedroeg voor patiënten met een borderline-angststoornis, een angststoornis en een borderline-depressie respectievelijk 10.1, 7.3 en 7.1 maanden. De twee het meest voor de hand liggende verklaringen voor deze bevinding zijn dat deze patiënten niet eerder klachten hebben gepresenteerd die verband hielden met de PPB óf dat de HA de gepresenteerde PPB niet als zodanig heeft herkend. Gezien de relatief geringe ernst van de reeds langer bestaande stoornissen, is het voorstelbaar dat de patiënten de betreffende klachten inderdaad niet (duidelijk) ter sprake hebben gebracht. Deze verklaring is op basis van onze data echter niet te verifiëren. De tweede verklaring is eveneens waarschijnlijk: eerder werd al gerapporteerd dat borderline-depressie, angststoornissen, en in het bijzonder borderline-angststoornissen door de HA slecht worden herkend (Van den Brink e.a. 1991; Ormel e.a. 1991a, b). Patiënten met deze stoornissen zijn daardoor waarschijnlijk oververtegenwoordigd in onze steekproef.

Beloop – Onze bevinding dat meer dan de helft van de psychische stoornissen in de eerstelijns een ongunstig lange-termijnbeloop heeft, lijkt op het eerste gezicht enigszins in tegenspraak met gegevens uit de literatuur. Oudere studies vonden weliswaar 30 tot 50% chronische stoornissen (Cooper e.a. 1969; Kedward 1969; Shepherd e.a. 1966), maar deze studies worden gekenmerkt door ernstige methodologische tekortkomingen. Er zijn ons slechts twee recente studies met gestandaardiseerde (meet)procedures bekend, die zich niet beperken tot het beloop van depressie (Kessler e.a. 1985; Mann e.a. 1981). Beide studies tonen een iets minder somber beeld dan onze studie. In de studie van Kessler e.a. (1985) voldeed 47% van het beloopcohort 6 maanden na het indexconsult eveneens aan de Research Diagnostic Criteria (RDC) en Mann e.a. (1981) vonden dat 48% van hun beloopcohort ook na 12 maanden aan de gevalscriteria volgens het Clinical Interview Schedule (CIS; Goldberg e.a. 1970) voldeed. In onze studie, daarentegen, voldeed 83% na 6 maanden en 61% na 12 maanden nog steeds aan de criteria van een RD. De belangrijkste verklaring voor deze verschillen moet gezocht worden in verschillen in de gebruikte diagnostische classificatiesystemen (RDC, CIS, RD) en de onder andere daarmee samenhangende verschillen in de diagnostische samenstelling van de steekproeven. In de huidige studie had ongeveer 50% van de patiënten op T1 een (borderline-)angststoornis en 30% een depressieve stoornis (inclusief angst-de-

pressie comorbiditeit). Bij Mann e.a. (1981) en Kessler (zie Regier e.a. 1985) lag deze angst/depressie-verhouding tijdens de eerste meting net andersom: ongeveer 30% angst en 60% depressie. Aangezien angststoornissen een ongunstiger beloop lijken te hebben dan depressieve stoornissen (huidige studie; Angst 1990), is het niet verwonderlijk dat wij overall een hoger percentage stoornissen met een ongunstig beloop vinden. Bovendien bestaat het cohort van Mann e.a. (1981) volledig uit door de HA herkende gevallen en lijken door de huisarts herkende gevallen een gunstiger beloop te hebben dan niet-herkende gevallen (Ormel e.a. 1990, 1991a, b). Ten slotte worden de gunstige follow-up-resultaten van Kessler e.a. (1985) gerelativeerd door Regier e.a. (1985), wanneer zij rapporteren dat 77% van Kesslers beloopcohort vóór de eerste meting al ten minste 12 maanden klachten had. Helaas presenteren Mann e.a. (1981) geen diagnose-specifieke beloopsanalyses en zijn de bevindingen van Kessler e.a. (1985) op dit punt niet erg duidelijk.

Samenvattend kan gezegd worden dat zeker de helft van de psychische stoornissen in de eerstelijns een ongunstig beloop heeft. Patiënten met een depressie tijdens het index-consult hebben de gunstigste prognose, patiënten met een borderline-angststoornis de meest ongunstige. Deze laatste stoornissen zijn overigens relatief mild en gaan over het algemeen niet gepaard met ernstige beperkingen in het sociale functioneren (Angst 1990; Wohlfarth e.a. 1991).

Longitudinale beloopspatronen versus paneluitkomsten – De overeenstemming tussen de longitudinale en de panelbenadering van het beloop was hoog, maar zeker niet volledig ($Kappa = .69$). In het algemeen lijkt de panelbenadering te leiden tot een te optimistische schatting van het 'werkelijke' longitudinale beloop. Bovendien kan alleen een longitudinale benadering van het beloop informatie verschaffen over de momenten waarop veranderingen plaatsvinden in aard en/of ernst van de stoornissen. Dergelijke informatie is van essentieel belang voor zogenaamde 'time-related' analyses, zoals bij voorbeeld bij de bestudering van een mogelijk verband in de tijd tussen het beloop van stoornissen enerzijds en bepaalde gebeurtenissen anderzijds. Een paneldesign met frequente metingen en korte tussentijdse perioden zou weliswaar dezelfde informatie, wellicht zelfs betrouwbaarder, kunnen opleveren, maar een dergelijk design is zeer kostbaar en vergroot de kans op uitval.

Conclusie

Psychische stoornissen komen veelvuldig voor in de huisartspraktijk en een aanzienlijk deel van de aangetroffen stoornissen heeft een ongunstig beloop. Dit geldt in het bijzonder voor angststoornissen. In eerdere publikaties werd reeds gewezen op de relatie tussen herkenning door de huisarts en het beloop van angststoornissen (Ormel e.a. 1990, 1991a,

b). Onze bevindingen betreffende het beloop van psychische stoornissen in de eerstelijns onderstrepen het belang van de ontwikkeling en evaluatie van interventieprogramma's, gericht op vroegtijdige herkenning, specifieke diagnostiek en stoornisspecifieke behandeling (Van den Brink e.a. 1991).

In een recent overzicht van studies betreffende depressie en angst in de bevolking en de eerstelijns benadrukt Angst (1990) het urgente belang van een adequate beschrijving van longitudinale beloopspatronen over meerdere jaren. Onze studie laat zien dat het lange-termijnbeloop van psychische stoornissen in de eerstelijns beschreven kan worden door zes empirisch onderscheiden beloopspatronen. Onderzoek naar de samenhang van deze beloopspatronen met potentiële predictoren en het sociale functioneren (Ormel e.a. 1991c) zal moeten uitwijzen of het zinvol is aan een dergelijke, gedetailleerde beloopsclassificatie vast te houden.

Literatuur

- Angst, J. (1990), Depression and anxiety: a review of studies in the community and in primary health care. In: N. Sartorius e.a. (red.), *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 60-68.
- Barrett, J.E., e.a. (1988), The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry* 45, 1100-1106.
- Blacker, C.V.R., en A.W. Clare (1987), Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 150, 737-751.
- Brink, W. van den, e.a. (1989), Psychiatric diagnosis in an outpatient population. *Archives of General Psychiatry* 46, 369-372.
- Brink, W. van den, e.a. (1991), Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis. *Journal of Affective Disorders* 21, 273-284.
- Cooper, B., J. Fry en G.W. Kalton (1969), A longitudinal study of psychiatric morbidity in a general practice population. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 23, 210-217.
- Cooper, J.E. (1990), The classification of mental disorders for use in general medical settings. In: N. Sartorius e.a. (red.), *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 49-59.
- Dean, C., P.G. Surtees en S.P. Sashidharan (1983), Comparison of research diagnostic systems in an Edinburgh community sample. *British Journal of Psychiatry* 142, 247-256.
- Finlay-Jones, R., e.a. (1980), Depression and anxiety in the community: replicating the diagnosis of a case. *Psychological Medicine* 10, 445-454.
- Goldberg, D.P., e.a. (1970), A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 24, 18-23.
- Goldberg, D.P., e.a. (1987a), Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychological Medicine* 17, 461-470.
- Goldberg, D.P., en K. Bridges (1987b), Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 37, 15-18.
- Grayson, D.A., e.a. (1987), The relationship between symptoms and diagnoses of

- minor psychiatric disorder in general practice. *Psychological Medicine* 17, 933-942.
- Kedward, H. (1969), The outcome of neurotic illness in the community. *Social Psychiatry* 4, 1-14.
- Kessler, L.G., P.D. Cleary en J.D. Burke (1985), Psychiatric disorders in primary care. Results of a follow-up study. *Archives of General Psychiatry* 42, 583-587.
- Mann, A.H., R. Jenkins en E. Belsey (1981), The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychological Medicine* 11, 535-550.
- Ormel, J., e.a. (1990), Recognition, management, and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine* 20, 909-923.
- Ormel, J., e.a. (1991a), Herkenning, behandeling en beloop van angst en depressie in de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 2, 31-37.
- Ormel, J., e.a. (1991b), Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry* 48, 700-706.
- Ormel, J., e.a. (1991c/aangeboden), Depression, anxiety and social disability in primary care show synchrony of change.
- Regier, D.A., e.a. (1985), The chronically mentally ill in primary care. *Psychological Medicine* 15, 265-273.
- Schulberg, H.C., e.a. (1985), Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Archives of General Psychiatry* 42, 1164-1170.
- Shepherd, M., e.a. (1966), *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press, Londen.
- Slooff, C.J., W.R.E.H. Mulder-Hajonides van der Meulen en R.H. van den Hoofdakker (1983), De Nederlandse vertaling van de Present State Examination 9e editie. I. Betrouwbaarheidsaspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 25, 151-163.
- Von Korff, M., e.a. (1987), Anxiety and depression in a primary care clinic. *Archives of General Psychiatry* 44, 152-156.
- Wilmink, F.W. (1989), *Patient, Physician, Psychiatrist: Assessment of Mental Health Problems in Primary Care*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.
- Wing, J.K., J. Cooper en N. Sartorius (1974), *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wohlfarth, T.D., e.a. (1991/aangeboden), The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders.

Appendix: Criteria voor Research Diagnoses

Bedford College Depression:

- depressieve stemming aanwezig EN
- 4 of meer van de volgende symptomen: hopeloosheid, suïcideplannen of -pogingen, concentratiestoornissen, interesseverlies, lusteloosheid, inslaapstoornissen, doorslaapstoornissen, gewichtsverlies, minderwaardigheidsgevoel en taakverwaarlozing.

Bedford College Borderline Depression:

- depressieve stemming aanwezig EN
- 1, 2 of 3 van de 10 bij depressie genoemde symptomen.

Bedford College Angst:

1. spontane angst of paniekaanvallen score 2, OF
2. spontane angst en paniekaanvallen, beide score 1 OF
3. situatieve of sociale angst met vermijding score 2.

Bedford College Borderline Angst:

1. spontane angst of paniekaanvallen score 1 OF
2. situatieve of sociale angst met vermijding score 1.

Angst-Depressie Comorbiditeit:

- BC (Borderline) Depressie EN BC (Borderline) Angst.

Ill-defined Psychological Disorder:

- GEEN BC (Borderline) Depressie OF BC (Borderline) Angst
- WEL een somscore ≥ 4 op de volgende aspecifieke PSE-symptomen: tobben, spanningspijnen, snel vermoeid, gespannenheid van spieren, rusteloosheid, hypochondrie, nerveuze spanning, prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, interesseverlies, lusteloosheid, inslaapstoornissen en doorslaapstoornissen.

Summary: Prevalence and long-term course of psychological disorders in primary care

This article examines the prevalence and long-term course of psychological disorders in primary care. A random sample of 215 attenders of 25 general practitioners (GPs) was interviewed three times: within two weeks after index-consultation, after one year, and after 3+ years.

At first interview, 31% of the GP attenders met Bedford College criteria for a psychological disorder. In 55% of these cases the course of the disorders was chronic or chronic-intermittent. The average duration since index-consultation was more than 24 months. In general, the course of depressive disorders was more favourable than the course of anxiety disorders and psychological disorders with anxiety-depression comorbidity.

On the basis of these findings and of a critical evaluation of the literature, the authors conclude that psychological disorders in primary care have a higher prevalence and a less favourable prognosis than is often assumed. They advocate the development and evaluation of primary care intervention programs directed at early recognition, diagnostic accuracy, and disorder specific treatment.

Het onderzoek waarover in dit artikel wordt gerapporteerd werd ondersteund door subsidie 900-556-002 en subsidie 900-556-050 beide van de Stichting Medisch en Gezondheidsonderzoek (MEDIGON) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

De auteurs zijn verbonden aan de vakgroep Psychiatrie, J. Ormel tevens aan de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentieadres: Drs. E.I. Brilman, vakgroep Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.