

## Dysthymie

door R.F. Rieuwers, G.M. Schippers en  
R.F.W. Diekstra

### Samenvatting

Dit artikel geeft een overzicht van het werk van Akiskal c.s. rond het verschijnsel van de chronische milde depressie. Een drietal onderzoeken met een ambulante neurotische depressieve populatie resulteert in een klinisch relevante categorisering van chronische milde depressie. De dysthymiepatiënten worden gepresenteerd als een tot dusverre onderbelichte groep met een eigen gezins- en ontwikkelingsachtergrond en met psychotherapeutische behandelingsmogelijkheden.

Het artikel besluit met kritiek op Akiskals studies en benadrukt het belang van verder onderzoek om tot een verantwoorde assessment en behandeling van chronische milde depressie te komen.

### Inleiding

Sinds Kraepelin de nosologische bouwstenen voor de manische, depressieve en cyclothyme temperamenten voorstelde, hebben de pure klinische depressietypen voortdurend in de aandacht gestaan. Milde depressies zag men als een subaffectieve of een minder ernstige manifestatie van klinische depressies. Deze milde varianten worden aangeduid met de termen depressieve persoonlijkheid, depressief karakter of dysthymie. Het onderzoek naar deze varianten heeft altijd in de schaduw gestaan van dat naar de klinische depressie. Een belangrijke reden daarvoor is gelegen in de gewoonte de milde depressies te rekenen tot het gebied van de persoonlijkheidsstoornissen, waardoor ze in de periferie van het klassieke psychiatrische classificatieonderzoek terecht zijn gekomen. Recentelijk wordt aan de subklinische depressie weer meer aandacht besteed door de opname van de term dysthymie in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980 (DSM-III).

Een belangrijke bijdrage aan de opzet van de DSM-III, voor wat betreft de symptomatologie is gegeven door Akiskal c.s. (1978, 1980, 1981, 1983). Zijn publikaties hebben aanleiding gegeven de dysthymie als afzonderlijke categorie op te nemen. Het werk aan de DSM-III gaat

inmiddels door en het is aannemelijk dat ook het recente werk van Akiskal daarop invloed zal hebben. Dit artikel wil een overzicht geven van zijn onderzoek. Alvorens daarop in te gaan wordt het beeld van dysthymie en de DSM-III-richtlijnen besproken.

### Het beeld van dysthymie

Het klassieke profiel van de dysthyme persoon is dat van een persoon die habitueel geneigd is tot somberheid, in zichzelf gekeerd zijn, overbezorgdheid, sterke gerichtheid op eigen falen, en onvermogen tot plezier. Ondanks het milde karakter is dysthymie van belang vanuit behandelingsoogpunt. Lijdt de klinische depressieve aan de acute ernst van zijn symptomatologie, de dysthyme persoon lijdt aan de chronische aard van zijn sombere gevoelens en levensstijl. Juist deze chroniciteit werkt ontwrichtend op het psychologische functioneren en soms ook op het sociale functioneren van de persoon. Hij of zij ervaart dat vele pogingen tot het doorbreken van deze negatieve habitus worden gevolgd door even zovele mislukkingen. Secondaire gevoelens van machteloosheid dragen daarna bij tot een verhoogde lijdensdruk waarmee de (vicieuze) cirkel wordt gesloten. In het volgende wordt een casus ter illustratie van het dysthyme beeld gegeven.

### Casus

Een 53-jarige vrouw, getrouwd, 5 kinderen, meldt zich aan voor ambulante psychotherapeutische hulp. Patiënte vertelt zich al sinds haar 20e jaar gedeprimeerd te voelen, weinig bevredigende contacten met anderen te ervaren en zich nauwelijks te kunnen handhaven in haar werk als administratieve kracht door onenigheden met haar collega's. Met haar echtgenoot en kinderen zegt ze in hoofdzaak een verzorgend contact te hebben. 'Ik ben alleen goed voor het huishouden, niemand trekt zich wat van mij aan, laat staan dat ze iets om mij geven.' De verhouding met haar familie en kennissen is afwisselend oppervlakkig en conflictueus. Patiënte slaapt veel, maar voelt zich zelden echt fit. Haar depressieve houding schrikt veel mensen af en zorgt voor een sociaal isolement. Patiënte is verscheidene malen opgenomen geweest in verband met een klinische depressie. De laatste jaren bleef een opname uit. Deze periode werd gekenmerkt door een chronische milde dysforie. Alhoewel patiënte zich geen duidelijke aanleiding kan herinneren voor haar stemmingsstoornis, vertelt ze tot vlak voor haar huwelijk een langdurige seksuele verhouding met haar vader te hebben gehad. Patiënte verwijt zichzelf nog voortdurend dat ze deze situatie destijds zolang heeft laten voortduren.

Deze beknopte casus dient slechts als een beperkte illustratie van de klassieke elementen van dysthymie: jarenlang aanhoudende somberheid en anhedonia en sociaal disfunctioneren. Patiënte is sterk gericht

op eigen falen in de huiselijke en beroepsmatige omgeving. Ze verlangt naar goede partner- en sociale contacten maar beseft tegelijkertijd dat haar houding weinig uitnodigend is ten aanzien van anderen: agressiviteit en moedeloosheid strijden beurtelings om de voorrang. Patiënte is boos op anderen omdat die haar vaak niet geven wat ze wil hebben, met name interesse en genegenheid, en ze is boos op zichzelf omdat ze er zo onhandig om vraagt.

### **DSM-III-criteria voor dysthymie**

Hanteerde de DSM-III nog het syndroom neurotische depressie, in 1980 werd deze categorie op basis van een aantal studies vervangen door dysthyme stoornis. 'Dysthymic Disorder (or Depressive Neurosis)' werd de aanduiding van een chronisch depressief affect, waarvan de symptomatologie te weinig uitgesproken is om te leiden tot de diagnose van klinische depressie. De sombere stemming dient relatief aanhoudend te zijn. Mocht ze onderbroken worden door periodes van een normaal stemmings- of interesseniveau, dan dienen deze remissies korter te zijn dan een paar maanden. Zo niet, dan moet volgens de DSM-III een alternatieve diagnose gesteld worden, zoals atypische depressie. Immers, aan het chroniciteitscriterium wordt dan niet meer voldaan. Qua symptomatologie dient de dysthymie te voldoen aan tenminste drie van een 13-tal symptomen, zoals chronische moeheid, verminderde effectiviteit op het werk of thuis, pessimistische levenshouding, suïcidegedachten, sociale teruggetrokkenheid en dergelijke. Door het chroniciteitscriterium valt dysthymie dus slechts post-hoc te diagnostiseren en wel na minimaal twee jaar voor volwassenen en één jaar voor adolescenten en kinderen. Gewoonlijk begint dysthymie in de vroege volwassenheid, maar een eerdere start of een latere ontwikkeling, bij voorbeeld na een klinische depressie, komt voor.

De DSM-III-criteria betekenen als diagnostische heuristiek een vooruitgang vergeleken met het hierboven beschreven klassieke profiel van de dysthyme persoon. Dit profiel is immers niet meer dan een globale schets van de symptomatologie. De DSM-III geeft althans een aantal concrete criteria voor scoring van symptomen als geldend voor de diagnose dysthymie. De DSM-III laat echter een aantal vragen onbeantwoord: welke van de 13 symptomen zijn voor de dysthymiediagnose het belangrijkste? Zijn twee ernstige symptomen bij voorbeeld ook voldoende voor de diagnose in plaats van drie minder ernstige? De duidelijk te constateren overlap tussen de symptomen maakt een beslissingscriterium van drie uit 13 ook tot een speculatieve zaak. Dit soort bezwaren is uiteraard niet beperkt tot dysthymie en is grotendeels verklaarbaar door het atheoretische karakter van de DSM-III, maar het blijft onbevredigend.

Hierna worden drie studies besproken van Akiskal. Hoofddoel van de-

ze follow-up-studies is het kritisch evalueren van het concept dysthymie en het zoeken naar stabiele nosologische categorieën binnen het beeld van de chronische milde depressie.

### **Het werk van Akiskal**

In 1973 begonnen Akiskal en zijn medewerkers in de Mood-Clinic te Memphis met systematisch onderzoek naar de kenmerken van chronische depressies. Men startte met de vraag hoe binnen een groep neurotisch depressieven stabiele nosologische categorieën onderscheiden konden worden.

### **Primair-secondair**

In een prospectief follow-up-onderzoek (Akiskal c.s. 1978) werden, in een ambulante therapiesetting, 100 achtereenvolgend binnenkomende chronisch neurotisch depressieve proefpersonen over een periode van 4 jaar gevolgd. Bij het stellen van de uitgangsdiagnose neurotische depressie hanteerde men de DSM-III-criteria met gebruikmaking van status-, interview- en vragenlijstgegevens. Van de proefgroep, die voor 81% uit vrouwen bestond, was 42% nooit opgenomen geweest. De leeftijd varieerde van 17 tot 65 jaar.

Aan de hand van de gegevens over de follow-up-periode bleek in deze onderzoeksgroep slechts het volgende stabiele nosologische onderscheid te kunnen worden gemaakt, namelijk tussen een groep:

1. primair affectief gestoorden, zo genoemd omdat bij hen geen sprake was van een niet-affectieve psychiatrische stoornis, zoals schizofrenie, of een ernstige lichamelijke ziekte, en een groep:
2. secundair affectief gestoorden bij wie de depressie zich uitte op geleide van dergelijke niet-affectieve stoornissen.

Deze indeling in affectieve subtypes werd gemaakt aan de hand van de door Woodruff c.s. (1967) geformuleerde criteria.

Slechts 40% van de neurotisch depressieven bleek in de primair-affectieve groep thuis te horen. De primaire groep werd vooral gekenmerkt door episodisch ziekteverloop, een relatief goede sociale prognose en endogeniteit. Het voorkomen van psychose bleek gelijk verdeeld over de primaire en secundaire groep. Psychose en endogeniteit werden vastgesteld aan de hand van de Research Diagnostic Criteria van Spitzer (1975).

Een categorie die bijzondere aandacht verdient zijn de patiënten bij wie de depressie in de vroege volwassenheid of eerder begon. Zij worden door Akiskal karakterologisch depressief genoemd. De term 'karakterologisch' zullen we in dit artikel aanhouden, ofschoon deze niet meer betekent dan 'op vroege leeftijd beginnend'. De karakterologisch depressieven bleken even vaak voor te komen onder de primair als onder de secundair affectieven.

Akiskal trekt als voornaamste conclusie dat de groep van (neurotische) depressie bestaat uit een diagnostisch en prognostisch heterogene verzameling van stoornissen. Op grond van de resultaten van zijn onderzoek kan verondersteld worden dat de primair-secondair dichotomie meer empirische evidentie als nosologische ordeningscategorie heeft dan het onderscheid tussen reactieve en endogene of tussen psychotische of niet-psychotische depressie. Beide laatste tweedelingen bleken niet stabiel over de follow-up-periode. Wel bleek de leeftijd waarop de depressie begint van belang.

### Dysthymie en 'character-spectrum-disorder'

In een tweede studie (Akiskal c.s. 1980) werd de hierboven genoemde categorie karakterologische depressies nader onderzocht. Een eveneens in een ambulante behandelsetting verzamelde groep van 50 van dergelijke patiënten werd vergeleken met een groep van 40 klinisch depressieven. Selectiecriteria voor de eerste groep waren dat de stemmingsstoornis voor het 25e levensjaar begonnen moest zijn en een duur moest hebben van minstens vijf jaar. Ten tijde van de selectie was uit de symptomatologie (nog) niet op te maken of de patiënt leed aan een primair of secundair affectieve stoornis. Wel werden duidelijk diagnostiseerbare niet-affectieve stoornissen zoals schizofrenie, anorexia nervosa, chronisch hersensyndroom en ook depressieve reacties op een ernstige chronische somatische ziekte zoals MS, uitgesloten. Niet uitgesloten werden zij bij wie zich tijdens de chronische stemmingstoestand een of meer klinische depressies ontwikkelden. Het ging in de eerste groep derhalve om vroeg en sluipend begonnen depressies van een chronische en ten tijde van het begin van het onderzoek milde aard. Evenals in de eerste studie luidde in deze studie de vraag hoe klinisch en theoretisch zinvol onderscheid tussen beide groepen aangebracht konden worden. Verder werd een sociale prognose variabele onderzocht.

Alle patiënten kregen tijdens de studie over een periode van zes maanden kortdurende psychotherapeutische behandeling en/of psychofarmaca. Zij die als gevolg daarvan binnen die periode niet of slechts minimaal verbeterden werden als niet-responsief beschouwd. In groep één gold dat voor 30 patiënten. De 20 patiënten die wel functioneel en symptomatisch vooruitgingen, werden als responsief beschouwd. De responsieve groep duiden de onderzoekers aan als dysthymiepatiënten, de niet responsieven als character-spectrum-patiënten.

Hoe verschilden deze groepen verder van elkaar?

1. De dysthymen bleken significant vaker dan de character-spectrum-patiënten een klinische depressie te hebben ontwikkeld tijdens hun stemmingsstoornisperiodes. Deze periodes waren overwegend van het geretardeerd hypersomnische type in tegenstelling tot het pro-

fiel van agitatie en slapeloosheid dat de character-spectrum-patiënten en de klinisch depressieven kenmerkt.

2. De dysthyme groep rapporteerde, evenals de klinisch depressieven, periodes van normaal (niet-depressief) zijn. Dit intermitterend verloop werd ook bij de character-spectrum-groep aangetroffen, maar deze beleefden hun depressie toch veel meer als een continue stoornis.

3. De dysthymen hadden, evenals de klinisch depressieven, een gunstiger sociale prognose dan de character-spectrum-groep.

4. De character-spectrum-patiënten rapporteerden ook vaker dan de twee andere groepen dat ze zich zolang ze zich konden heugen, ongelukkig hadden gevoeld en onderscheidten zich verder door:

- ongunstige opvoedingscondities, zoals alcoholisme binnen het gezin en
- excessief gebruik van alcohol en sedatief-hypnotische drugs (60%), vergeleken met de dysthyme respectievelijk klinische groep (10% resp. 15%).

Het onderscheid tussen beide groepen blijkt dus klinische relevantie te hebben.

Een aantal dysthyme patiënten bleek op tricyclische psychofarmaca te reageren met hypomanie. Op basis van deze bevinding stellen de onderzoekers verder nog een verdeling in sub-unipolaire en sub-bipolaire dysthymie voor.

In een vervolgonderzoek (Akiskal c.s. 1980) met dezelfde proefgroep werden verdere aanwijzingen gevonden voor de bovengenoemde nosologische tweedeling aan de hand van gezins- en ontwikkelingsgegevens afkomstig uit dossiers. De conclusies daaruit waren:

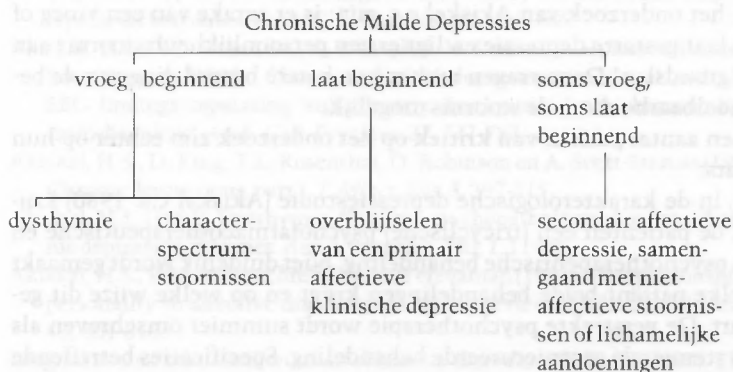
1. de groep character-spectrum-patiënten had een veel hoger percentage pleeg- en weeshuiservaringen dan de dysthymiegroep;
2. van bijna de helft van de character-spectrum-groep bleken beide ouders psychiatrisch gestoord te zijn (alcoholisme, sociopathie) tegenover 10% bij de dysthyme groep;
3. bij de dysthyme patiënten werden in de familie (1e graad) vaker depressies en bipolaire affectieve stoornissen aangetroffen.

Op grond van bovenstaande studies zijn vroeg beginnende chronische milde depressies op te splitsen in drie nosologische subgroepen:

1. sub-unipolaire dysthymie, die zich kenmerkt door een aanwijsbaar begin van de stoornis, een (ook als zodanig door de patiënt beleefd) intermitterend verloop en een grotere kans op een klinische depressie;
2. sub-bipolaire dysthymie, waarbij hypomanie optreedt;
3. een heterogene groep van character-spectrum-patiënten: geen duidelijk aanwijsbaar begin van de stoornis, die door hen als een continue dysforie beleefd wordt. Alcoholisme en psychiatrisch gestoord zijn komen relatief vaak voor in de familie in tegenstelling tot affectieve stoornissen. De groep is weinig farmaco-responsief, heeft een geringe kans op een klinische depressie en kenmerkt zich door een relatief slechte sociale prognose.

De conclusie is derhalve dat in de chronische milde depressies het volgende onderscheid gemaakt kan worden.

Figuur 1



De chronische milde depressie kan dus een primair affectieve ziekte zijn (dysthymie) dan wel een syndroom behorend bij een heterogene groep persoonlijkheidsstoornissen (character-spectrum-stoornis). Het kan voorts het restant zijn van een ernstige affectieve stoornis en het kan een 'bijproduct' zijn van een niet-affectieve aandoening (Akiskal 1983).

## Discussie

Het stabiele onderscheid tussen primair en secundair affectief – binnen de categorie van neurotische depressie – is het voornaamste resultaat uit de eerste door Akiskal c.s. (1978) verrichte studie. In de tweede studie (Akiskal c.s. 1980) wordt binnen vroeg begonnen (karakterologische) depressies een onderscheid gevonden tussen een groep die wel en een groep die niet of nauwelijks reageert op thymoleptica en kortdurende psychotherapie. Uitgaande van dit laatste onderscheid stellen de onderzoekers een tweedeling voor tussen dysthymie en character-spectrum-disorder, waarbij de eerste een primair affectieve en de laatste een secundair affectieve stoornis vertegenwoordigt. Hiermee is de dysthymie als een vroeg startende primair affectieve stoornis ('dysthymia proper') nauwer omschreven dan in de DSM-III. Verder maakt Akiskal een (tentatief) onderscheid tussen sub-uni- en sub-bipolaire dysthymie.

In de derde studie (Akiskal c.s. 1981) worden gezins- en ontwikkelingsgegevens van patiënten gebruikt om het eerdere onderscheid tussen dysthymie en character-spectrum-disorder kracht bij te zetten.

De studies hebben als verdienste dat zij de aandacht vestigen op een klinisch relevante groep. Door hun pogingen tot een nosologisch ver-

dedigbare classificatie te komen wordt het profiel van de chronische mild depressieve meer herkenbaar gemaakt, waardoor de kansen op een adequate behandeling van deze groep stijgen. Belangrijke vragen die een behandelaar-verwijzer zich kan stellen volgens de uitkomsten van het onderzoek van Akiskal c.s. zijn: is er sprake van een vroeg of een laat gestarte depressie en ligt er een persoonlijkheidsstoornis aan ten grondslag? Deze vragen maken een betere beoordeling van de handelbaarheid van de stoornis mogelijk.

Een aantal punten van kritiek op het onderzoek zijn echter op hun plaats:

1. In de karakterologische depressiestudie (Akiskal c.s. 1980) krijgen de patiënten een (tricyclische) psychofarmacotherapeutische én een psychotherapeutische behandeling. Niet duidelijk wordt gemaakt of elke patiënt beide behandelingen krijgt en op welke wijze dit gebeurt. De verstrekte psychotherapie wordt summier omschreven als een steunende gestructureerde behandeling. Specificaties betreffende het type en de aard van de interventies, de hoeveelheid zittingen en de duur ervan, alsmede informatie over de therapeuten, ontbreken.

Men dient dan ook met het gevonden nosologische onderscheid tussen de character-spectrum-disorder en de dysthymia 'proper' voorzichtig te zijn en daarmee ook met de gestelde psychotherapeutische onbehandelbaarheid van de character-spectrum-groep.

2. Kritiek treft ook de vaak verwarrende terminologie. Zolang karakterologisch depressief slechts betekent dat de depressie op relatief jonge leeftijd is begonnen, kan men de term 'karakterologisch' beter laten vallen. Er treedt dan geen verwarring meer op met de term 'character spectrum'. Men voorkomt bovendien een tweede verwarring: hoe kan een primair affectieve stoornis als dysthymia 'proper' nu vallen onder de karakterologische depressie, die voor de meesten onder ons immers een secundair affectieve connotatie heeft?

Tot slot kan men zich natuurlijk afvragen in hoeverre het zinvol is te streven naar verfijnde classificaties waarvan de validiteit beperkt is evenals, en dat is belangrijker, de praktische toepasbaarheid (Van den Hoofdakker 1978). Wanneer men echter belang hecht aan het onder de aandacht brengen van deze stoornis, waarvan niet zozeer de intensiteit dan wel de chroniciteit indrukwekkend is, dan is alle aandacht voor empirisch onderzoek dat leidt tot verbetering en verfijning van een officieel gehanteerd classificatiesysteem, op zijn plaats. Het onderzoek van Akiskal levert zo'n bijdrage. Het verschaft aanwijzingen dat dysthymie een plaats verdient als zelfstandige nosologische eenheid naast de milde depressie als restverschijnsel of secundair symptoom.

## Literatuur

- Akiskal, H.S., A.H. Bitar, V.R. Puzantian, T.L. Rosenthal en W.W. Parks (1978), The nosological status of neurotic depression. A prospective three- to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 756-766.
- Akiskal, H.S., T.L. Rosenthal, R.F. Haykal, H. Lemmi, R.H. Rosenthal en A. Scott-Strauss (1980), Characterological depressions. Clinical and sleep EEG findings separating 'sub-affective dysthymias from character-spectrum disorders'. *Arch. Gen. Psychiat.* 37, 777-783.
- Akiskal, H.S., D. King, T.L. Rosenthal, D. Robinson en A. Scott-Strauss (1981), Chronic depressions, part 1. *J. Affect. Dis.* 3, 297-315.
- Akiskal, H.S. (1983), Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am. J. Psychiat.* 140, 1, 11-20.
- Akiskal, H.S., R.M.A. Hirschfeld, en B.I. Yerevanian (1983), The relationship of personality to affective disorders. A critical review. *Arch. Gen. Psychiat.* 40, 801-816.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III* (1980), Third edition. American Psychiatric Association.
- Hoofdakker, R.H. van den (1978), Het klinisch begrip depressie. *Ned. T. v.d. Psychologie*, 33, 221-254.
- Rosenthal, T.L., H.S. Akiskal, A. Scott-Strauss, R.H. Rosenthal en M. David (1981), Familial and developmental factors in characterological depressions. *J. Affect. Dis.* 3, 183-192.
- Spitzer, R., J. Endicott en E. Robins (1975), *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*, ed. 2. Biometric Research Division, New York Psychiatric Institute, New York.
- Woodruff, R.A., G.A. Murphy en M. Herjanic (1967), The natural history of affective disorders: I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admission. *J. Psychiat. Res.* 5, 255-263.
- Yerevanian, B.I., en H.S. Akiskal (1979), 'Neurotic', characterological and dysthymic depressions. In: H.S. Akiskal (red.), *Affective disorders, special clinical forms. Psychiat. Clin. N. Am.* 2, 3, 595-617.

Schrijvers zijn respectievelijk docent, vakgroep Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Leiden, universitair hoofddocent, vakgroep Klinische Psychologie, Katholieke Universiteit Nijmegen en hoogleraar Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Leiden.